



Q.13-4<sup>a</sup>

2300







TRATADO COMPLETO DE PARTOS



TRATADO COMPLETO

# DE PARTOS

POR

M. JOULIN,

PROFESOR AGREGADO Á LA FACULTAD DE MEDICINA DE PARIS,  
PREMIADO POR LA ACADEMIA IMPERIAL DE MEDICINA

TRADUCIDO POR

D. J. SAEZ Y VELAZQUEZ,

Profesor del Hospital general  
de Madrid,

D. A. RODRIGUEZ RUBÍ,

Antiguo interno del Colegio  
de San Carlos,

BAJO LA DIRECCION DE

D. FRANCISCO OSSORIO Y BERNALDO,

Jefe facultativo de la Casa de Maternidad.

Segunda edicion, corregida y anotada, con grabados intercalados en el texto.

NUEVA TIRADA

TOMO II.



MADRID

NICOLÁS MOYA, EDITOR

LIBRERIA

Carretas, 8

IMPRENTA

Garcilaso, 6

1886



Esta obra es propiedad de Don  
NICOLÁS MOYA.

Serán considerados como ilegales los ejemplares que carezcan del siguiente sello.



TOMO II

MADRID

NICOLÁS MOYA, EDITOR

IMPRESA

LIBRERIA

1897

# TRATADO COMPLETO DE PARTOS

---

## LIBRO QUINTO

### DISTOCIA

---

Si se quisiera conservar á la palabra distocia su significacion exacta (*dis*, dificultad, *tokos*, parto), convendría limitar su empleo para denominar así los casos en que el parto hallara obstáculos ó impedimentos en su curso, de tal índole, que exigieran la intervencion del arte. Con justicia los autores modernos dan á esta palabra una acepcion más lata, que, á mi entender, todavía es limitada. La distocia debe comprender todas las circunstancias que se separan del parto natural y normal, y cuanto pueda poner en peligro la existencia de la madre ó la del niño. Por esta razon incluiremos en la distocia : el parto prematuro, el aborto, el alumbramiento artificial, etc., que no es posible considerarlos como hechos fisiológicos.

Dividiremos la distocia en *materna* y en *fetal*, segun que las causas dependan de la madre ó del feto. Esta última se subdividirá en dos capítulos, uno dedicado al feto y el otro á sus anexos. Como el parto prematuro y el aborto son el resultado de varias causas, que pertenecen unas veces á la madre y otras al producto de la concepcion, constituyen una parte mixta de la distocia, y por esta razon los estudiaremos en capítulos especiales.

#### PARTO PREMATURO.

Ya dijimos que la duracion media del embarazo podía calcularse en doscientos ochenta dias. Sucede, sin embargo, algunas

\*

veces, que el parto se verifica antes de los doscientos cincuenta, en cuyo caso se le denomina con el adjetivo de prematuro. Como la ley considera viable al feto á los seis meses, ó sean ciento ochenta dias, la expulsion antes de esta época se denominará aborto y no parto. Los límites del parto prematuro comprenden, por lo tanto, un período de setenta dias.

**Causas.** Las causas del parto prematuro, cuando se presenta cerca del sexto mes, son las del aborto, que vamos á estudiar despues de esto, y que no mencionamos aquí para evitar repeticiones inútiles. Cuando la expulsion del feto se verifica en una época próxima al término normal, se comprueba la accion de causas más especiales, como la hidropesía del amnios, el embarazo multiple, que, distendiendo desmesuradamente la cavidad uterina, provoca la manifestacion de contracciones prematuras. Tambien se ha notado la rotura accidental de la bolsa de las aguas.

Algunas veces, sin embargo, cuando el parto sobreviene en época muy inmediata á la normal, es imposible atribuirlo á ninguna causa que razonablemente podamos aceptar. Se ha dicho que el niño había alcanzado un desarrollo completo con más rapidez que en los casos ordinarios, y que esta madurez precoz era la causa única de su expulsion. Esto podrá ser verdad en algunos casos; pero las más veces no sucede así. He recibido varias veces niños nacidos antes de tiempo, habiéndose iniciado el parto con toda la espontaneidad de un caso ordinario, y, sin embargo, el volumen del feto era pequeño, y ciertamente hubiera necesitado permanecer algun tiempo más en la incubacion materna. No hay ninguna explicacion de estas anomalías que satisfaga, y, en su consecuencia, hay que renunciar á explicarlas por ahora.

**Curso del parto.** Hemos dicho que el período de tiempo que limita el parto prematuro es próximamente de setenta dias, siendo el estado de organizacion del útero muy diferente en los extremos de este período: pues hácia el sexto mes los fenómenos del parto son análogos á los que se observan en el aborto, mientras que cuanto más se aproximan al octavo no difieren en nada de los del parto de todo tiempo. No es posible comprender el estudio de casos tan diferentes en una sola descripcion, porque lo que sería verdad para una época no lo sería para la otra. Hay que limitarse á formular indicaciones generales, que estarán tanto mejor justificadas, cuanto más se aleje el parto del término normal.

En el curso del embarazo, el cuello del útero se reblandece progresivamente, circunstancia que facilita mucho su dilatacion. En los casos en que no se reblandece, su acortamiento y dilatacion siguen una marcha por lo comun irregular. Antes de acortarse el cuello puede dilatarse y dejar penetrar el dedo á traves de su orificio uterino de un modo fácil y completo, pero esta di-

latacion no seguirá una marcha definitivamente progresiva, hasta que el cuello se haya acortado y borrado por completo, por ser ésta una condicion esencial para que el parto se verifique.

La eficacia y la energía de las contracciones están naturalmente en relacion directa con el grado de organizacion del músculo uterino, siendo el parto tanto más prolongado cuanto menos perfecta sea la fibra del cuerpo, la cual tiene que vencer la enérgica resistencia del cuello.

Durante el período expulsivo, si bien las fuerzas que se ponen en accion son menos enérgicas, en cambio el volumen del feto es menor, por lo que se ve que aquí existe una especie de compensacion que facilita el parto.

En el parto prematuro las presentaciones de nalgas son mucho más frecuentes que en el de todo tiempo, y esta frecuencia es mayor á medida que se aleja del término normal de la gestacion.

**Asistencia.** Cuando el profesor es llamado al principio del parto prematuro, debe procurar detenerlo, y no hay medio más eficaz para conseguirlo que el reposo en situacion horizontal de la mujer y el láudano administrado en lavativas en cantidad de veinte á treinta gotas, por medio de una jeringuilla que contenga veinte gramos de agua. Se prescribirá de cinco á diez gotas de láudano en cada lavativa, que se pondrán de hora en hora, hasta que las contracciones se suspendan por completo.

En los casos en que la muerte del feto esté perfectamente comprobada, nos abstendremos de la antedicha medicacion.

La asistencia que reclama la mujer durante el parto prematuro y su puerperio en nada difiere de la del parto normal. El temor á las hemorragias, que Burns tiene, no se funda sino en ideas teóricas que la práctica no justifica. Unicamente, durante el alumbramiento, hay que hacer las tracciones con gran suavidad y cuidado para evitar la rotura del cordon, que es muy débil en estos casos.

**Pronóstico.** El pronóstico del parto prematuro nada tiene de grave para la madre. El sobreparto dura menos y generalmente está más exento de inconvenientes que el que sucede al normal, lo que se comprende, porque la conmocion que experimenta la mujer es menos violenta.

No sucede lo mismo respecto al niño, porque los que nacen muy próximos al sexto mes mueren casi todos, porque en estas circunstancias el parto no difiere del aborto sino por gradaciones insensibles. Si algunos casos se citan en los que el nuevo sér ha sobrevivido, no es menos cierto que la viabilidad de éste es más bien legal que fisiológica.

Al séptimo mes ya el niño tiene algunas probabilidades de existencia, las cuales aumentan á medida que su expulsion se acerca al término ordinario, pero exige cuidados mucho más asiduos é inteligentes que cuando nace de todo tiempo. Sólo para

hacer resaltar su absurdo indicaré la preocupacion que consiste en conceder más viabilidad al niño de siete meses que al que nace en el octavo (1).

No nos ocupamos aquí más que del parto prematuro espontáneo, pues hay casos en que es indispensable, para evitar perjuicios á la madre y al hijo, provocar el parto antes de tiempo.

Estudiaremos lo que se refiere á esta operacion al tratar del *parto prematuro artificial*.

#### PARTO TARDÍO.

Es muy raro que se pueda determinar con seguridad el tiempo que ha de durar el embarazo, y entre los casos auténticos que se han publicado no he encontrado ninguno en que el volumen del feto haya constituido por sí solo un obstáculo grave para su expulsion. Con todo, si se conociera rigurosamente la prolongacion del embarazo en una mujer cuya pelvis tuviera medianas proporciones, acaso fuera imprudente exponerla á sufrir las consecuencias del desarrollo desproporcionado del feto. En estas circunstancias se podría plantear la cuestion del parto prematuro artificial. (Véase *Embarazo prolongado*.)

#### ABORTO.

El aborto ó mal parto está caracterizado por la expulsion del nuevo sér antes de haber llegado á la edad de la viabilidad, es decir, de los seis meses; comprendiendo, pues, sus límites un período de ciento ochenta días.

Es imposible determinar con exactitud la proporcion entre el aborto y el parto, porque faltan por completo los elementos para una buena estadística; pues las cifras que han publicado algunos autores no se fundan en ningun documento de valor.

El aborto se verifica en los primeros tiempos del embarazo; las mujeres ignoran la naturaleza del accidente ó la consideran poco importante para que haya necesidad de llamar al médico, sobre todo si acontece en los dos primeros meses. El aborto va siendo menos frecuente cuanto más se aleja del principio de la gestacion, siendo muy raras las veces que las mujeres se presentan en los hospitales cuando el aborto ocurre despues del tercer mes. Esto explica el por qué Mad. Lachapelle no ha tenido ocasion de observar más que 116 casos en 21.960 embarazadas, proporcion, sin la menor duda, muy inferior á la realidad.

---

(1) La prudencia aconseja al profesor no manifestar nunca de un modo categórico la edad de un recién nacido sino en los casos en que actúe como médico forense. La paz doméstica depende de tan poco... —(N. de los T.)



## CAUSAS.

Con motivo de las causas del aborto, la imaginacion ha encontrado campo para correr á su antojo. Por la manía de querer explicarlo todo, ayudada por la credulidad, se han considerado como causas las circunstancias más fútiles que han precedido al aborto. Respecto á este punto, creemos que más bien hay que cercenar que aumentar la nomenclatura.

Es evidente, que en un gran número de casos la naturaleza íntima del accidente se nos oculta; pero entonces vale más confesar nuestra ignorancia que recurrir á explicaciones pueriles que no resisten al examen más ligero. Trataremos, por lo tanto, de reducir á su justo valor las aserciones que no se fundan en el examen de los hechos, porque la verdadera ciencia no vive de suposiciones, sino de casos bien observados, y porque la repetición tradicional de un error no es capaz de convertirlo en verdad.

Las causas del aborto se han dividido en predisponentes, determinantes, especiales, generales, locales, relativas á la madre, al padre ó al hijo. Esta, al parecer, metódica clasificacion, tiene el inconveniente de recargar la memoria con subdivisiones de que nadie se acuerda, y cuya utilidad es muy discutible.

Dividiremos, pues, las causas del aborto en tres grupos :

- 1.º Las que dependen de la madre.
- 2.º Las que dependen del padre.
- 3.º Las que dependen del niño.

## CAUSAS QUE DEPENDEN DE LA MADRE.

**Temperamentos.** Se ha querido dar gran importancia á los diferentes temperamentos bajo el punto de vista del aborto; así como á la excesiva gordura, el enflaquecimiento, etc.; en una palabra, en este orden de hechos, las circunstancias más opuestas se han creído igualmente predisponentes. El que se haya observado el aborto en estas diferentes condiciones, no es razon suficiente para invocar su solidaridad, estableciendo una relacion de causa á efecto entre el accidente y las circunstancias que coinciden con él casualmente, y que ninguna influencia tienen en su produccion.

Si se ha notado el aborto en una mujer flaca ó gorda, nerviosa ó linfática, de vida laboriosa ó dedicada á lecturas frívolas (Cazeaux), tambien hemos podido observar que en miles de mujeres en iguales condiciones, el embarazo ha seguido su marcha regular, no pudiéndose, por lo tanto, invocar en serio dichas circunstancias. Es evidente que el aborto tiene su causa, pero, lo repetimos, hay que buscarla en otra parte, y si se nos oculta, habrá que confesarlo sencillamente.

Los temperamentos más opuestos no son, como se dice, causas

predisponentes, mientras permanezcan en los límites fisiológicos. Cuando se apartan de ellos constituyen enfermedades que pueden ser causa del aborto, lo mismo que todos los accidentes morbosos que desordenan las funciones y conmueven el organismo. Es cuanto se les puede conceder, dándoles grande importancia, porque veremos dentro de poco que sólo algunas enfermedades graves pueden considerarse como activas bajo este concepto.

**Constitucion atmosférica.** En los autores se encuentra la relacion de siete ú ocho epidemias de abortos, que se han atribuido á la constitucion atmosférica. Es probable que la causa morbosa no haya obrado en estas circunstancias sobre la madre, cuya salud no parece haberse resentido en la mayoría de los casos, sino que ha recaído principalmente en el producto de la concepcion. El feto, durante la vida intrauterina, es accesible á las causas epidémicas, como lo indican las observaciones de viruela que despues describiremos, y en las que ha sido atacado sin que la madre haya tenido la menor novedad.

A causa de un pasaje de Saucerotte, que nos ha costado mucho trabajo encontrar en sus *Misceláneas quirúrgicas*, se ha pretendido que las alturas predisponían al aborto, y que las mujeres de los Vosgos, para evitar este accidente, descendían al valle cuando estaban embarazadas. Este autor, tan generalmente citado, no habla de esto sino incidentalmente y de un modo demasiado vago para que pueda erigirse en principio su afirmacion. Tampoco ha examinado, caso de admitir la exactitud de su observacion, si podía explicarse por alguna circunstancia diferente de la altura.

La influencia de la presion barométrica debe ser la misma en igualdad de alturas; sin embargo, nada semejante á esto se ha observado en poblaciones situadas á mucha mayor elevacion que las aldeas de los Vosgos. La altura de Quito es de tres mil metros, la de Deba de cinco mil, y ningun documento menciona que en estas regiones tenga lugar el efecto indicado por Saucerotte. D'Encause ha publicado un trabajo acerca de los partos en San Luis de Potosí, ciudad situada cuatro mil metros sobre el nivel del mar, y no dice una palabra de los abortos, lo que prueba que no son más frecuentes allí que en otra parte.

**Causas deprimentes de la vitalidad; enfermedades.** Todo lo que tiende á debilitar el organismo y á disminuir su potencia vital, puede considerarse como causa posible del aborto. Bajo este punto de vista, los excesos de todo género y la miseria tienen una accion incontestable. Nægele ha indicado una epidemia de abortos durante el hambre del año 1816, en que el precio elevado de las subsistencias condenaba á las clases pobres á una alimentacion insuficiente.

Los excesos en la cópula, repetida con frecuencia, tienen una influencia abortiva evidente; pero es posible que esto dependa

más bien de los choques directos y repetidos que sufre el útero, que de las sensaciones que la mujer experimenta, puesto que ha sido en las prostitutas en quienes Parent-Duchatelet y Serres han notado la eficacia de esta causa.

Las afecciones inflamatorias graves, que perturban profundamente el organismo, son causas activas de aborto.

En primer término se puede colocar la pulmonía, que tiene una influencia desastrosa en el embarazo, pues de treinta y siete observaciones referidas en la obra de Grisolles y en las Memorias de Bourgeois y de Verrier, veintiuna veces se ha comprobado el aborto.

Es probable que este resultado funesto sea debido á las sacudidas que la tos determina. Bouchut ha notado veinticinco veces el aborto en cincuenta y dos mujeres atacadas del cólera.

La viruela determina con frecuencia el aborto, pero en proporciones menores.

La fiebre tifoidea, el sarampion, la escarlatina, etc., tienen un flujo notable, pero menos grave, en el curso del embarazo.

La sífilis es una causa muy activa de aborto; segun Stoltz, las dos terceras partes de las mujeres que la padecen, paren antes de tiempo, naciendo muertos la mitad de los niños expulsados en estos casos. La sífilis no obra sólo como estado caquéctico, produciendo la debilidad del feto, sino ademas contagiándole y haciéndole sucumbir á la enfermedad. La sífilis es tanto más grave bajo este punto de vista, cuanto más al principio del embarazo ó antes de él la haya contraído la mujer.

Las afecciones convulsivas son causas bastante frecuentes de aborto, y la eclampsia las más veces ocasiona la muerte del feto en el seno materno.

Hemos tenido ocasion de ver una forma de aborto que debe ser muy rara, porque no hemos hallado más que un sólo caso, perteneciente á Lobstein, y otro observado por nosotros: se trata del aborto con síntomas intermitentes.

Fuí llamado el 25 de Junio de 1861 para visitar á una señora de veintiseis años, que ya había tenido dos partos y estaba embarazada de cuatro meses: se trataba de un aborto incipiente. Comprobé las contracciones uterinas, separadas por un intervalo de siete á ocho minutos y una ligera hemorragia. Hacía sólo algunas horas que había empezado el accidente. Prescribí el reposo absoluto y el láudano en lavativas. Bajo la influencia de este plan los dolores se calmaron, pero reaparecieron al dia siguiente 26, á la misma hora: igual tratamiento con el mismo resultado. El 27, á igual hora, tambien se presentaron los síntomas. Creí entonces que debía tratar el accidente de intermitencia, por más que la madre no presentara ningun síntoma característico de otra enfermedad, fuera de la que había sido llamado para combatir, y por consiguiente, administré el sulfato de quinina. El 28 se presentaron algunos dolores pequeños á la hora

de costumbre, y esta fué la última vez, porque habiendo continuado el tratamiento durante dos días, el embarazo siguió su curso hasta el término normal.

**Conmociones físicas y morales.** Las caídas, golpes y violencias pueden ser causa de aborto, pero es imposible determinar hasta qué punto y la parte que toma la predisposición individual. Algunas mujeres abortan por el menor accidente, mientras otras soportan violencias muy graves sin que la gestación se interrumpa.

Lo mismo sucede con las emociones morales: su acción es muchas veces casi instantánea. Tengo en mi museo un embrión de siete á ocho semanas, expulsado por una mujer vigorosa en perfecto estado de salud, y cuyo marido había sido apaleado dos horas antes, cuando estaban paseándose juntos.

La cólera y otras emociones vivas é inesperadas pueden determinar resultados semejantes.

**Herencia.** Parécenos que esta causa se ha aceptado con demasiada ligereza. Es posible, en razón á la frecuencia de los malos partos, que se observe el mismo accidente en la madre que en la hija; pero es muy difícil demostrar que exista en estos casos sólo la influencia hereditaria.

La opinión emitida á propósito de la edad de las mujeres, que consiste en considerar como predispuestas al aborto las que se hacen embarazadas muy jóvenes ó en una época muy próxima á la menopausia, nos parece fundada más bien en razonamientos teóricos que en observaciones exactas, porque existe una solidaridad completa entre los órganos generadores, y cuando la concepción es posible, el desarrollo del útero es bastante perfecto para que la gestación no encuentre dificultades.

**Causas que residen en los órganos pelvianos.** Al tratar de las causas del aborto, los autores han concedido suma importancia á la rigidez de la fibra uterina, por la resistencia que opone á la ampliación del órgano. Esta hipótesis, que data desde los tiempos de Hipócrates, se funda en la idea falsa que supone que el útero experimenta una distensión mecánica por parte del huevo. Hoy sabemos que esta opinión no es sostenible en el estado actual de la ciencia, porque es imposible admitir antagonismo entre el huevo de los primeros días y las fibras uterinas. Es verdad que dichos autores se limitan á afirmar, sin que intenten una demostración que sería imposible. Lo mismo sucede con el exceso de sensibilidad y de contractilidad, que ha encontrado sitio en las teorías modernas. Para que se acepte la irritabilidad excesiva, se aduce como única prueba los abortos que en una misma mujer se verifican sucesivamente en épocas cada vez más distantes de la concepción, suponiendo en este caso que el útero se acostumbra progresivamente á soportar mejor la presencia del huevo. Las necesidades de la teoría han hecho exagerar algo la frecuencia de estos casos, y la explicación que se da de ellos se

encuentra desmentida por investigaciones modernas. Después del parto las fibras musculares de nueva formación son reabsorbidas; por lo tanto, la pretendida resistencia, cada vez menor, que se va presentando en posteriores embarazos, no se puede atribuir á elementos que no son los anteriores.

También se ha considerado causa de aborto la vuelta de las menstruaciones y el hábito congestivo periódico que se verifica por su influjo. Creo también que los que esto dicen han prescindido por completo de las observaciones modernas. Las congestiones menstruales no se verifican de ningún modo por la influencia del hábito, sino por la contracción de las fibras lisas, que determinan la erección de los plexos vasculares del útero y del ovario. Este fenómeno se halla á su vez bajo la dependencia de la evolución ovárica, que se suspende durante el curso del embarazo. Es posible que existan coincidencias entre la época del aborto y la menstrual; pero creemos que esto no basta para establecer una relación de causa á efecto entre estas dos épocas. Añadiremos que en algunos casos se ve manifestarse periódicamente un flujo sanguíneo en los primeros meses del embarazo, y sin embargo, las mujeres que presentan esta circunstancia no abortan más veces que las demás. Por otra parte, en los casos en que sobreviene el aborto en dichas mujeres, no se ha notado que esto se verifique precisamente en la época de las reapariciones hemorrágicas.

Una causa de aborto muy activa, y que no es del todo rara, es la exfoliación patológica de la mucosa uterina. El huevo es expulsado con la mucosa, que conserva la forma de un saco triangular horadado en sus ángulos. Hemos observado dos casos de este accidente, que ha sido bien estudiado por Raciborsky, Dutard y Laboulbène.

Las adherencias peritoneales que dificultan la expansión del útero pueden considerarse como causas de aborto, tanto más graves, cuanto que se las ha visto producir la muerte de la mujer. Mme. Boivin llamó ya la atención sobre este punto. Citaré un caso que tiene su importancia, relacionado con las operaciones ováricas. En 1856 practiqué la punción y la inyección yodada de un quiste del ovario á Mme. H., de Louviers. La curación se obtuvo, y dicha señora me consultó acerca de las consecuencias que tendría para ella un embarazo, que era vivamente deseado. La falta de accidentes en aquella operación me autorizó para decirle que no veía en ello ningún inconveniente. Mme. H. volvió á París en Enero de 1857. El desarrollo de su vientre le hacía temer la enfermedad antigua; la tranquilicé y diagnosticué un embarazo que había llegado al tercer mes.

El 24 de Febrero era llamado por telegrama á Louviers. Se habían desarrollado de pronto los accidentes formidables de una peritonitis.

Cuando llegué, Mme. H. había abortado un feto de cuatro



meses y medio, sucumbiendo ella al día siguiente, sin que nada pudiera atajar los progresos de la enfermedad. Aun cuando la autopsia no se pudo practicar, los síntomas de la dolencia fueron tan marcados, que me pareció imposible poder atribuir la muerte á otra causa que á la rotura de las adherencias peritoneales, resultado de la inyeccion del quiste ovárico, y que se desgarraron por la ampliacion del útero. Los primeros dolores se habían desarrollado precisamente en aquel punto.

Esta observacion pertenece á los casos raros; sin embargo, debemos tenerla en cuenta para cuando seamos preguntados acerca de las consecuencias posibles de un embarazo en una mujer que podemos suponer padece adherencias peritoneales producidas por una flegmasía del peritoneo, ó por una operacion que haya interesado esta membrana.

Tambien se han designado como causas del aborto las inflamaciones del útero y órganos que ocupan la region pelviana. La causa morbosa obra directa ó indirectamente. Se ha atribuido la misma influencia á los tumores cuyo desarrollo dificulta la ampliacion del órgano gestador. Se comprende la dificultad que hay para precisar con exactitud esta última causa, pues todo depende de la situacion de los tumores, de su volumen, de las simpatías que despiertan y de los accidentes que la inflamacion puede provocar en los órganos inmediatos.

No me parece de ningun modo admisible que las estrecheces de la pelvis determinen el aborto. No hemos encontrado una sola observacion en la que esta causa fuera verdaderamente manifiesta; siendo muy comun, por el contrario, ver coincidir el desarrollo normal del útero con una estrechez pelviana muy considerable. Esto depende de que el útero tiene muy poco volumen cuando atraviesa el estrecho superior para pasar á la cavidad abdominal.

#### CAUSAS DE ABORTO DEPENDIENTES DEL PADRE.

Sólo hay una, cuya eficacia está demostrada por numerosos ejemplos; es á saber, la sífilis. Un hombre saturado de este virus, aunque no presente ningun síntoma de la enfermedad cuando se verifique la concepcion, puede procrear un feto sifilítico, comprobándose tambien el caso de que la madre haya sido infectada únicamente por el niño que lleva en incubacion.

Por la influencia de la enfermedad del padre, los abortos se pueden suceder hasta que un buen tratamiento ponga fin á la diátesis que los produce.

Se ha admitido que el esperma de un padre aniquilado por la edad ó los excesos sólo podría engendrar fetos incapaces de llegar hasta el término normal del embarazo. Esta hipótesis se apoya en el hecho único citado por Guillemont y reproducido por todos, relativo á una mujer que no había tenido más que

abortos con su primer marido, que estaba en las condiciones dichas, y cuyos embarazos en un segundo matrimonio llegaron todos á su término. Por lo que se ve, la observacion de Guillemont es un hecho aislado, sin suficiente valor demostrativo para que de él se deduzcan consecuencias tan generales. Los hombres aniquilados por los excesos no son muy raros, y, sin embargo, no hay más observacion citada que la de Guillemont. Es, por lo tanto, conveniente, antes de formular un parecer sobre el particular, esperar nuevos elementos de conviccion.

#### CAUSAS DEPENDIENTES DEL FETO.

En este órden es donde se reconocen las causas de aborto más frecuentes y manifiestas.

Aparte de las enfermedades transmitidas por la madre, el feto y sus anexos pueden experimentar afecciones muy numerosas, capaces la mayor parte de ellas de producir su muerte y consecutivamente el aborto. La multiplicacion é importancia de estas lesiones nos obliga á estudiarlas en un capítulo especial, que se hallará más adelante bajo el título de *Patología del feto y de sus anexos*.

#### SÍNTOMAS DEL ABORTO.

Los síntomas del aborto difieren esencialmente, segun la época en que se manifiesta; son tanto más marcados, cuanto más se alejan del momento de la concepcion, y presentan todas las gradaciones intermedias que separan una simple menstruacion del parto. Sin embargo, hay dos síntomas constantes en todas las épocas; á saber: la contraccion uterina y la metrorragia.

Al principio del embarazo la expulsion del huevo es rápida, fácil, y á menudo pasa desapercibidas. La mujer ignora algunas veces su situacion, cree que es un simple atraso y atribuye las contracciones á una menstruacion difícil. El feto y sus dependencias salen envueltos en los coágulos sanguíneos, y la mujer se entrega á sus ordinarias ocupaciones sin sospechar que acaba de malparir.

En una época más avanzada, los fenómenos se efectúan más, Entonces, generalmente la mujer sabe que está embarazada; la expulsion del producto de la concepcion es más penosa, en razon á su volumen, y sólo despues de un trabajo, cuyas fases son distintas, termina el aborto.

Se han establecido diferencias entre los síntomas del aborto producido por una causa que rápidamente lo motiva, y el que sobreviene por la influencia del mal estado de la salud de la madre. Cuando sucede por esta última causa, se dice que hay un período prodrómico caracterizado por escalofríos, inapetencia, náuseas, sed, cansancio, palpitaciones, palidez, tristeza, abati-

miento, sensación de frío en el pubis, flojedad en el vientre, tumefacción y lividez de los párpados, pérdida del brillo de los ojos, etc.

Es posible que estos fenómenos se presenten algunas veces, pero de seguro están muy lejos de constituir la regla general, y confieso haberlos observado muy rara vez para que les conceda una gran confianza. En su consecuencia, creemos que no son otra cosa que lucubraciones teóricas, destinadas á ocupar un lugar en un cuadro trazado de antemano.

En general, cuando el aborto es la consecuencia de un accidente ó de una violencia, el dolor repentino que la mujer experimenta se calma poco á poco, y hasta pasados algunos dias no se verifica el mal parto.

A menudo, el primer síntoma que llama la atención es el flujo de sangre, que puede preceder en varios dias á la aparición de los dolores. Otras veces, éstos y la hemorragia se manifiestan simultáneamente. Por último, en algunas ocasiones, las contracciones pueden ser el síntoma inicial; pero en estos casos, la sangre no tarda mucho en presentarse.

La hemorragia indica el desprendimiento del huevo, las contracciones son el resultado de los esfuerzos expulsivos. Estos dos fenómenos están subordinados á causas cuyo íntimo mecanismo desconocemos las más veces, concibiéndose, pues, fácilmente que el orden de su aparición sea muy variable, y que la muerte previa del feto, ó la persistencia de su vitalidad, sólo tengan una influencia muy secundaria, y que no se puede apreciar.

El mecanismo del aborto tiene una fisonomía especial en las diferentes épocas que median entre el primero y sexto mes; siendo suficiente exponer los caracteres generales, para que fácilmente nos demos cuenta de las modificaciones y cambios correspondientes á cada período.

La contracción uterina es más enérgica y más eficaz á medida que el útero va alcanzando su completo desarrollo. Ya dejamos dicho que en el embarazo normal, el cuello, que constituye el obstáculo para la expulsión del feto, se reblandece progresivamente, cuyas condiciones favorables no existen en el aborto prematuro, porque la fibra uterina no ha adquirido todavía su poder contráctil, y el cuello conserva todavía su rigidez y longitud. Por lo tanto, las contracciones, menos poderosas, tendrán que luchar con obstáculos mayores, siendo necesariamente más lenta la dilatación del cuello y menos regular su marcha que la que se presenta en el parto de todo tiempo. El diámetro del orificio dilatado no traspasa los límites del volumen de las partes que deben ser expulsadas. Cuando sobreviene el aborto en los primeros tiempos de la gestación, el acortamiento es muy incompleto, y el cuello forma un conducto de cierta longitud, y algo rígido, por el que tiene que pasar el embrión. El mecanismo de aborto se diferencia, pues, sobre todo en esta época, del correspondiente

al parto de todo tiempo, en que el cuello no desaparezca antes que se establezca la dilatacion definitiva.

Estas condiciones son en extremo desfavorables y explican lo lenta que es ordinariamente la expulsion. El pequeño volumen del feto no compensa la mala disposicion del cuello, unida á la poca potencia de las contracciones uterinas.

Algunas veces el huevo, intacto ó roto, sobresale varios dias al traves del orificio uterino antes de atravesarlo por completo. Esta circunstancia es muy sensible, porque suele ocasionar una hemorragia bastante grave, la cual persiste generalmente todo el tiempo que dura el período expulsivo, llegando á veces á constituir un verdadero peligro.

La importancia de la hemorragia no tiene relacion alguna con el estado de vida ó muerte del feto, sino que es debida exclusivamente al desprendimiento de la placenta; sólo es evidente que la falta de conexiones útero-placentarias interrumpe la circulacion del feto, y produce, como consecuencia inseparable, su muerte.

Se ha dicho, siempre en hipótesis, en verdad, que la muerte del producto de la concepcion anterior al aborto disminuye la intensidad de la hemorragia, porque es probable que en estos casos la circulacion uterina sea menos activa. Aun admitiendo esta actividad menor, que no podemos más que suponer, no por eso los senos dejarán de sufrir el traumatismo, por el cual quedan numerosos orificios abiertos. No se necesita reflexionar mucho para conocer que ante tantas puertas que permiten libre salida á la sangre, la mayor ó menor actividad circulatoria es bien insignificante.

Cuando el útero se ha desarrollado lo suficiente para hacerse accesible á la palpacion abdominal, se nota la dureza que adquiere durante la contraccion; cuando, por el contrario, aún está confinado en la cavidad pelviana, los dolores que la mujer siente y el flujo, momentáneamente más considerable, son los dos únicos indicios de que el órgano se encuentra en estado de tension.

Si bien la vida ó la muerte del feto no tiene ninguna influencia en la marcha de la expulsion, es conveniente saberlo, sin embargo, para determinar nuestra conducta. En efecto, si vive, trataremos de suspender la marcha del aborto, así como si se ha muerto no hay ningun interes en hacer esto.

Despues de la época en que los movimientos activos y los latidos del corazon son perceptibles, la auscultacion y los datos que la madre pueda proporcionarnos acaso nos consientan conocer, hasta cierto punto, la verdadera naturaleza del problema. Pero antes de esta época los medios de exploracion faltan por completo; sin embargo, la muerte del feto determina en el organismo materno un fenómeno de gran importancia, y es el que cesan inmediatamente los desórdenes simpáticos del embarazo. Los vómitos y demas desarreglos digestivos desaparecen en se-

guida, observándose tambien algunas veces el aplanamiento de las mamas. Hay, sin embargo, una enfermedad propia del embarazo y cuyo curso en nada se modifica por la muerte del producto de la concepcion: ésta es la eclampsia, cuyos accesos persisten hasta la terminacion del aborto.

Muerto el feto, su expulsion tarda en verificarse más ó menos tiempo. Puede tener lugar inmediatamente ó al cabo de ocho ó diez dias; algunas veces despues de varios meses, ó no se verifica hasta el término normal. La retencion del feto muerto no tiene accion peligrosa en la salud de la madre, puesto que no entra en putrefaccion, sino que se macera; cosas esencialmente diferentes.

El feto macerado tiene un aspecto particular; los huesos del cráneo están aplastados y cambian sus relaciones por la influencia de la gravedad. Las partes blandas del pecho y vientre están fofas, presentando las costillas un relieve muy manifesto. La coloracion de la piel no es verde como en la putrefaccion, sino rojiza ó morena, más pronunciado este color en el vientre que en el resto del cuerpo; la epidermis de los piés y las manos es blanca, gruesa y forma pliegues; el tejido celular está infiltrado de una serosidad rojiza; la epidermis se deja desprender fácilmente á colgajos ó ha desaparecido en algunos puntos del cuerpo; el cordon no está retorcido, sino que forma un cilindro blando, infiltrado de serosidad; por último, toda la superficie del feto está barnizada de una sustancia viscosa, pegajosa, que lo hace escurridizo á la mano que le oprime. Todas estas circunstancias no las presenta el feto sino cuando tiene cierto desarrollo.

Del segundo al cuarto mes se consume y arruga, como cuando se conserva en alcohol.

En los dos primeros meses de la preñez sus tejidos no están suficientemente organizados para que puedan resistir á la maceracion; se disuelven en el líquido amniótico, y á veces en el huevo intacto encontramos las membranas, el agua del amnios; pero el feto ha desaparecido completamente. En algunos casos se encuentra un vestigio de cordon adherido á la placenta, pero la otra extremidad está libre y flotante. Cuando en estas condiciones continúa el embarazo, la placenta puede persistir creciendo, experimentando las modificaciones que constituyen *la mola*, que estudiaremos al tratar de la patología de las dependencias del feto.

La muerte del producto de la concepcion no es peligrosa para la madre, siempre que el huevo permanezca entero; pero si despues de su rotura tarda en verificarse la expulsion, ya no sucede lo mismo, porque el contacto del aire determina la putrefaccion, cuyos productos saniosos salen por la vulva, pudiendo sobrevenir entonces una fiebre grave acompañada de los accidentes generalmente mortales de la infeccion pútrida.

El aborto puede considerarse como terminado tan pronto como



el feto y sus anexos han franqueado completamente el cuello uterino. Su paso por la vagina y la vulva nada presenta de particular. El pequeño volumen del embrión permite extraerlo inmediatamente, á lo que no oponen ningun obstáculo importante las partes blandas de la madre.

Los fenómenos que se manifiestan en los días consecutivos al aborto son tanto más intensos cuanto más avanzada es la época en que se ha verificado el accidente, pudiéndose presentar la reaccion láctea, pero menos marcada que despues del parto de todo tiempo. Los loquios tambien son más escasos y duran menos días.

### DIAGNÓSTICO.

El período del embarazo durante el cual la expulsion del feto toma el nombre de aborto, comprende los seis primeros meses. Los signos de la gestacion son tanto más manifiestos, cuanto más se aproximan al sexto mes ; siendo, por el contrario, más problemáticos cuanto más inmediatos están á la concepcion. Para hacer el diagnóstico del aborto hay que reconocer primero el embarazo. Y como resulta que en los primeros meses la oscuridad de su diagnóstico se complica con la incertidumbre del de la gestacion, hé aquí el por qué en ocasiones es un problema muy difícil de resolver.

Tan difícil nos parece exponer de una manera general los fenómenos que sirven de base al diagnóstico, como dividir en períodos marcados las diferentes épocas en que es posible el aborto. Estas épocas están enlazadas entre sí por gradaciones insensibles ; ademas los síntomas del embarazo varían tanto, que si bien en algunas mujeres se lo puede diagnosticar, en otras existe la duda hasta que comprobamos los signos ciertos.

Dividiremos el estudio diagnóstico del aborto en dos períodos : el primero comprenderá los cuatro primeros meses, en que es aún dudoso el embarazo ; el segundo los dos últimos, en los que la gestacion se conoce con seguridad.

**Diagnóstico durante los cuatro primeros meses.** Una mujer no presenta más signos de embarazo que la supresion de las reglas, y es acometida espontáneamente, ó á consecuencia de cualquier circunstancia, de dolores uterinos intermitentes con ó sin flujo de sangre. ¿Tiene una congestion uterina, es que las reglas suprimidas vuelven á presentarse, ó padece un aborto? Tal es el problema que se trata de resolver.

1.º Se ha admitido la congestion uterina. Pero bajo el punto de vista del aborto, esto no pasa de ser una hipótesis, que no se confirma por la disposicion anatómica de los vasos del órgano grávido. Si bien no existen razones suficientes para desecharla, tampoco hay bastantes para admitirla. Se puede siempre apelar á la congestion para explicar el aborto ; pues los síntomas que

se la atribuyen tienen la suficiente vaguedad para que pueda aplicarse impunemente á todos los casos. Nada diremos del modo como sale la sangre, de la forma de los coágulos; éstas no son sino puerilidades, que no merecen que nos detengamos en ellas. Nos parece conveniente, por ahora, separar del diagnóstico esta causa de incertidumbre, que no la creemos suficientemente justificada.

2.º La vuelta de la menstruacion despues de un retraso más ó menos largo es una causa mayor de vacilacion, necesitándose un exquisito tacto y práctica para sacar partido de fenómenos poco apreciables, y que, sin embargo, son los únicos que hay para fundar el diagnóstico. Hemos admitido la hipótesis de que la supresion de las reglas era casi el único signo aparente del embarazo. Es, sin embargo, raro que pasado el segundo mes no se encuentre, suponiendo que falten los vómitos, alguna modificacion de la secrecion pigmentaria, algun indicio en las orinas ó algunos de los signos accesorios de que hemos hecho mencion al hablar del diagnóstico de la preñez. Hay uno, por último, que no pasa desapercibido á un observador ejercitado, y es el volumen y el peso del útero, explorado por el tacto vaginal.

La reaparicion de los menstruos no va acompañada de dolores intermitentes, ya por esta razon característicos del aborto, sino que los dolores continuos se presentan en las mujeres dismenorréicas, apartándose su tipo de la forma intermitente. Interrogaremos los antecedentes de la enferma, que nos proporcionarán útiles datos.

Por lo demas, en estas circunstancias, y bajo el punto de vista práctico, no importa gran cosa la indecision por lo imposible de adquirir la certeza, siendo prudente conducirnos en todos los casos como si tuviéramos que tratar un aborto evidente.

3.º Cuando los indicios observados suministran probabilidades para creer en un aborto, hé aquí los caracteres que completarán el diagnóstico. El cuello se dilata rápidamente á veces, no acortándose, como sucede en el parto normal, sino en toda su longitud; carácter que falta naturalmente en la menstruacion. Cazeaux indica como signo muy importante la desaparicion de la cintura que el cuerpo forma al unirse con el cuello. El órgano tendrá entonces una forma cónica, cuyo orificio cervical inferior será el vértice; cambio anatómico que se verificará por la dilatacion del orificio interno. En efecto, yo he comprobado este signo que establece Cazeaux, pero en una época avanzada del aborto, cuando el accidente es casi inevitable.

La sangre sale despues de cada contraccion en forma de coágulo, lo que no sucede ordinariamente en las menstruaciones. La forma de estos coágulos no tiene absolutamente significado alguno.

Cuando en estas condiciones, el dedo puede penetrar á todo lo largo del conducto cervical, cuando, sobre todo, llega á percibir

el huevo, cuyas membranas intactas se distienden á cada contraccion, ya no es posible la duda.

El diagnóstico es muy difícil cuando el práctico ha sido llamado algo tarde, despues que se han expulsado algunos coágulos, que la familia tira frecuentemente, porque entoces no sólo es difícil diagnosticar si se trata de un aborto, sino tambien decir si éste se ha verificado, ya parcialmente, es decir, con retencion de parte del huevo, ya de un modo completo. Hay que examinar cuidadosamente los coágulos sumergiéndolos en agua. Poco tiempo despues de su expulsion constituyen masas negras consistentes, que parecen presentar vestigios de organizacion. A veces el huevo, poco voluminoso è intacto, está encerrado en uno de estos coágulos, y sólo dislacerándolos con cuidado puede distinguirse el producto de la concepcion.

En algunas ocasiones tambien puede suceder que un tratamiento bien dirigido suspenda los síntomas del aborto; todo entra en calma, los dolores cesan, la hemorragia se detiene y se cree que no ha habido más que una falsa alarma. Sin embargo, aunque el huevo permanezca en el interior de la matriz, no por eso ha dejado de cumplirse la primera fase del aborto; ha sucumbido el producto de la concepcion, que despues de algunos dias será expulsado.

Hay, por lo tanto, que ser muy reservados cuando hablemos de las consecuencias posibles del accidente que parece suspendido, porque carecemos de todo dato seguro que nos permita afirmar que el embarazo continuará su curso ordinario.

**Diagnóstico del aborto del cuarto al sexto mes de la concepcion.** En este período, el diagnóstico es más fácil, porque los signos del embarazo están, en general, bastante manifiestos para que nos permitan asegurar su existencia. En algunos casos, sobre todo cuando se ha reconocido á la mujer antes del accidente, se puede comprobar la muerte del feto, circunstancia que permite explicar el aborto, cuya inevitable terminacion se puede pronosticar.

Los síntomas primitivos que aclaran el diagnóstico son tambien las contracciones uterinas, que pueden reconocerse entonces por la palpacion abdominal á causa del desarrollo del órgano. Los fenómenos que constituyen la expulsion se parecen mucho á los que se observan en el parto normal. Los dolores son intermitentes, con bastante regularidad y vigorosos, pero el acortamiento del cuello es menos completo, y la dilatacion no pasa del diámetro de las partes fetales que lo han de atravesar. El orificio uterino, por consiguiente, está menos abierto que en el parto de todo tiempo.

La hemorragia es constante, pero ésta, no yendo acompañada de contracciones, no autoriza siempre la suposicion de un aborto, porque en algunos casos raros es debida á la insercion de la placenta junto al cuello, anomalía que no es incompatible con la

persistencia del embarazo. Aunque los accidentes que pertenecen á la insercion viciosa de la placenta se suelen manifestar en época más inmediata á la del parto fisiológico, los he observado, sin embargo, en una embarazada de cuatro meses y medio, y Pajot en tres casos antes del sexto mes. (Véase *Insercion viciosa de la placenta.*)

La presentacion del feto en el aborto tiene poca importancia, y con frecuencia será anormal, porque el reducido volumen del feto hace que estas anomalías no dificulten sensiblemente su expulsion.

Algunas veces el feto es expulsado vivo. He recibido uno de cinco meses, cuyas membranas estaban intactas, y que vivió próximamente siete horas; pero aun cuando en estos casos hagamos todo lo posible para prolongar su vida, no debemos tener ninguna esperanza de conseguirlo.

#### MECANISMO DE LA EXPULSION.

Los diversos tiempos del mecanismo del aborto no merecen, bajo el punto de vista práctico, ninguna mencion especial. En el parto de todo tiempo, los movimientos que el feto experimenta son producido por las resistencias óseas, que le obligan á contraer con la pelvis relaciones determinadas. En el aborto no existe esta necesidad á causa del poco volumen del nuevo sér, que es expulsado sin que podamos formular regla ninguna. La parte que se presenta en el orificio uterino es la primera que sale, sin que experimente otros cambios de situacion que los que le comunica la contraccion uterina, y á veces el feto sale doblado, principalmente en los cuatro primeros meses.

En los primeros tiempos de la gestacion, las relaciones del feto con el estrecho superior son vagas y mal determinadas, de lo que resulta que en el aborto, la expulsion por una region distinta de la del vértice, es mucho más frecuente que en el parto.

Podemos dividir el mecanismo del aborto en dos tiempos únicamente : 1.º expulsion del feto ; 2.º alumbramiento. Como las complicaciones que sobrevienen son debidas principalmente á la expulsion de la placenta, examinaremos el alumbramiento de una manera especial.

**Alumbramiento.** La expulsion de la placenta presenta diferencias sumamente notables, segun la época en que ocurre el accidente, bajo cuyo punto de vista debemos distinguir tres períodos. El primero comprende los dos primeros meses de la gestacion ; el segundo, el tercero y cuarto mes, y el tercero, el quinto y sexto.

*Primer período.* — Durante los dos primeros meses, las relaciones vasculares entre la placenta y el útero no han adquirido aún todo su desarrollo. Las vellosidades son cortas, y la mucosa utero-placentaria no se ha modificado por completo. De lo cual

resulta que las conexiones que unen estas diferentes partes carecen de la solidez que adquirirán más tarde. El huevo se desprende por completo, y sea que se haya roto ó que permanezca intacto, todas sus partes son expulsadas al mismo tiempo.

*Segundo período.* — En el segundo y tercer mes se consolidan más las conexiones. Las vellosidades crecen, se constituyen los senos uterinos; pero la placenta, que cubre una superficie bastante extensa, tiene muy poco grueso, y el punto de apoyo que presenta á la contraccion es insuficiente para ser desprendida por ésta. Circunstancia que es la verdadera causa que impide su desprendimiento. Es cierto, como se ha dicho, que no está más adherida en este período que en el siguiente, en el que con más facilidad se separa del útero; pero en esta época tiene más volumen, y la contraccion obra sobre ella de un modo más eficaz para determinar su separacion.

La contraccion se extingue sobre el huevo; las membranas, poco resistentes, se rompen, y el feto es expulsado. La poca energia de las contracciones y la falta de consistencia de la placenta determinan las más veces su desprendimiento parcial, verificándose por los senos uterinos abiertos una hemorragia, que persiste generalmente hasta despues del alumbramiento, el cual puede no verificarse hasta pasados varios dias.

La hemorragia puede tener diversa intensidad, llegando algunas veces á ser de tal modo grave y tenaz, que ponga en peligro la vida de la mujer. Si el desprendimiento se encuentra limitado á una pequeña porcion, los senos, obliterados por la retraccion del órgano, dejan escapar una corta cantidad de sangre, cuya proporcion aumenta ó cesa bruscamente segun las fases de la expulsion, la cual se verifica de un modo latente.

Algunas veces la adherencia placentaria persiste, y sea que dependa de una resistencia anormal de los medios de conexion ó de la debilidad del útero, el resultado es el mismo. En estas circunstancias el aborto entra en un período especial, que merece ser vigilado con atencion, porque lleva consigo hasta peligro de muerte.

Aquí tambien se presentan al estudio modificaciones perfectamente distintas.

1.º La hemorragia puede persistir por unos dias ó reaparecer despues de haberse suprimido, como fenómeno inicial de un desprendimiento tardío, pero que no ha determinado en la mujer fenómenos generales. En una señora embarazada de cuatro meses que tuvo un aborto de dos gemelos, no se verificó el alumbramiento hasta los cuarenta dias. La doble placenta, que me fué imposible extraer en el momento del aborto, fué expulsada cuando dicha señora estaba de pié y dedicada á sus ocupaciones, no teniendo ni flujo ni dolores los dias que precedieron á la expulsion de las secundinas. Este hecho lo consideramos como excepcional.



2.º La hemorragia cesa más ó menos completamente, saliendo por la vulva un flujo fétido. El cuello uterino, cerrado, ha recobrado su longitud; la placenta, desprendida en parte, experimenta la descomposicion de los tejidos mortificados expuestos al aire libre; sobrevienen escalofríos, se enciende la fiebre, y si no acudimos al socorro de la mujer, no tarda en sucumbir á consecuencia de la infeccion pútrida.

3.º La muerte del feto en este período, pero sobre todo en el que acabamos de estudiar, no determina inevitablemente su expulsion, ni siquiera un principio de aborto; pues cuando es de poco tiempo, el feto puede ser reabsorbido. La placenta permanece adherida y sufre modificaciones particulares. Puede continuar creciendo, y con más frecuencia se transforma en mola hidatídica. (Véase este artículo.)

4.º Por último, se ha admitido como posible la reabsorcion de la placenta. Todos los hechos de esta naturaleza carecen de la autenticidad que todos deseáramos, siendo el fenómeno tan poco explicable por el estado actual de nuestros conocimientos fisiológicos, que yo no titubearía en negarlo en absoluto, si no fuera porque Nægele afirma haberlo observado. Velpeau, á pesar de las razones personales que le inducen á creer posible la reabsorcion de la placenta, no está más que convencido á medias, y Mad. Boivin se manifiesta incrédula por completo.

Es muy difícil afirmar que la placenta no se ha expulsado en una época tardía sólo por no haber sido el profesor testigo del hecho. Acabo de citar la observacion de aquella señora que dejó salir una placenta doble despues de seis semanas, estando de pié, sin que ningun fenómeno precursor notable hubiera llamado su atencion. Supongamos que este accidente se hubiera presentado durante la defecacion; hubiera pasado completamente desapercibido para la enferma, y yo me hubiera creído autorizado para admitir la reabsorcion. Nosotros no tenemos más elementos de conviccion que los datos que la mujer nos proporcione; la que con la mejor buena fe nos puede inducir á error.

En las cuestiones de esta índole, en que las apariencias pueden extraviar al observador más sagaz, debemos someter el caso á la comprobacion por las leyes fisiológicas. Examinemos, pues, la imposibilidad del fenómeno.

Inmediatamente despues del parto, cesa la circulacion en la placenta. Los vasos utero-placentarios, que se admitían antiguamente, no existen por regla general. La placenta, privada repentinamente de la circulacion activa que la nutría, toma del útero, sólo por imbibicion, los pocos elementos nutritivos que la impiden mortificarse. ¿Es admisible que semejantes relaciones gocen de actividad suficiente para determinar la reabsorcion? Ésto de ningun modo es probable, porque ante todo la reabsorcion exige para verificarse una circulacion muy activa, cualesquiera que sean los elementos que la experimenten.



Con objeto de que se admita el fenómeno de que tratamos, se ha presentado como ejemplo lo que pasa en un coágulo sanguíneo perdido en nuestros tejidos. Esto es establecer una comparacion entre cosas de todo punto distintas. La organizacion del coágulo sanguíneo es nula; se disgrega fácilmente al contacto de la circulacion activa que obra sobre toda su masa, siendo pronto cogidas sus moléculas por los capilares que en su malla lo aprisionan. La placenta, cuya organizacion es muy complexa, presenta partes muy refractarias á la absorcion, como son la vaina de los vasos, sus tunicas, la membrana laminosa y el cabo de cordón que á ella queda adherido. En vez de estar completamente rodeada por una activa circulacion, sólo recibe por imbibicion una corta cantidad de suero, y esto únicamente por su cara uterina. Es evidente que la cara fetal, protegida por la membrana laminosa, y que se pone pronto en contacto con la mucosa de nueva formacion, no puede experimentar la accion absorbente. Además, la reabsorcion, que se inicia en los puntos de contacto, daría por resultado inmediato el hacer desaparecer los vínculos que fijan la placenta, determinando su desprendimiento y consecutivamente su expulsion. La placenta, desprendida, se pudre inevitablemente, y si no es arrojada fuera del útero, se convierte en origen de los peligros que acabamos de indicar.

Estas son las razones que tenemos para dudar de la posibilidad de la reabsorcion de la placenta.

*Tercer período.* — Del cuarto al sexto mes, el alumbramiento del aborto en nada se diferencia del que tiene lugar despues del parto. La placenta tiene el grueso suficiente para que las contracciones uterinas, más enérgicas que en las épocas anteriores, tengan sobre ella el punto de apoyo necesario para verificar el desprendimiento.

(Véase, para completar este capítulo: *Alumbramiento artificial.*)

#### PRONÓSTICO DEL ABORTO.

El pronóstico, como puede comprenderse, sólo se refiere á la salud de la mujer, puesto que el feto está fatalmente condenado á morir por razon de su edad. La causa del aborto, aparte de la complicacion con una enfermedad general, no influye notablemente en la gravedad del pronóstico, excepto cuando el accidente es el resultado de maniobras criminales practicadas por una persona ignorante.

Puede decirse, de un modo general, que el aborto tiene consecuencias menos graves que el parto. La superficie traumática correspondiente á la insercion de la placenta es menos extensa; el trabajo de reparacion que en dicho punto se verifica rara vez va acompañado de accidentes, y el puerperio dura poco. Por úl-

timo, la conmocion nerviosa y los dolores violentos, origen en el parto de un manantial de peligros, faltan generalmente en el aborto.

Las complicaciones que agravan el pronóstico se refieren principalmente al alumbramiento, y están constituidas por la hemorragia y la retencion de la placenta, que puede determinar la infeccion pútrida. Es, por lo tanto, durante el tercero y cuarto mes, cuando el aborto tiene más peligros, en razon de las circunstancias arriba indicadas, y que dan por resultado dificultar la expulsion de las secundinas.

Se ha dicho que el aborto predispone á las afecciones graves del útero, tales como su inflamacion, degeneracion, etc. No hay nada que demuestre la exactitud de este aserto. Sin embargo, es cierto que muchas dislocaciones de la matriz no reconocen otro origen, sobre todo cuando el accidente ocurre en los primeros meses, porque las mujeres le dan poca importancia, no guardan la debida quietud, y el útero, solicitado por su peso, considerablemente aumentado, obedece á las leyes de la gravedad y pierde su situacion fisiológica.

Cuando sobreviene el aborto en el curso de una fiebre maligna ó de una afeccion eruptiva, el pronóstico es mucho más grave. Como prueba de ello, en más de veinte abortos acaecidos en el curso de la viruela. Serres ha consignado otras tantas defunciones.

Tambien se ha dicho que un aborto tenía la fatal propiedad de predisponer á otros. Es verdad que en una mujer que ha malparido vemos con frecuencia sobrevenir el mismo accidente, pero es bastante difícil determinar si esta repeticion depende de la causa desconocida que obró la primera vez.

#### TRATAMIENTO.

La terapéutica del aborto comprende tres indicaciones: 1.º El tratamiento profiláctico, cuando la mujer se halla bajo el dominio de las causas que pueden determinarlo; 2.º el tratamiento curativo, cuando una vez empezado el aborto, hay esperanza de contenerlo; 3.º el empleo de los medios que pueden favorecer la expulsion del huevo, cuando ya el accidente se ha hecho inevitable.

**Tratamiento profiláctico.** Las indicaciones se fundan naturalmente en el estudio de las causas; hablaré aquí de las designadas como eficaces, porque las que se han indicado como dependientes del temperamento y de los excesos pertenecen á la terapéutica general. Es evidente que el régimen que á la mujer se aconseje tendrá por objeto restablecer el equilibrio de las funciones, razon por la que no insistiré más sobre este punto.

Las enfermedades graves que sobrevienen en el curso del embarazo se combatirán con los medios comunes. Con frecuencia

obran determinando la muerte del feto, y para impedir este triste resultado no poseemos ningun medio especial. Será, sin embargo, prudente, en estas circunstancias, separar de la terapéutica que se emplee los agentes perturbadores, que comunican violentas sacudidas al organismo.

He dado cuenta de un caso de aborto, cuyo curso presentó un tipo intermitente bien marcado. En circunstancias análogas los antiperiódicos serán oportunos.

Cuando la madre, ó el padre solo, se hallen bajo dominio de la sífilis, administraremos á la madre un tratamiento mercurial, que lejos de favorecer el aborto, es el mejor medio en estos casos para impedirlo.

Una mujer que ha abortado debe procurar no hacerse embarazada durante algunos meses, por lo menos.

Hay mujeres que tienen abortos sucesivos por causas que se nos ocultan completamente, á pesar de las explicaciones que de ellas han querido dar. Generalmente á esta clase de mujeres se les impone un reposo absoluto, prescripcion que no creo acertada, porque ademas de los inconvenientes que semejante reposo pueda tener para la salud de la embarazada y para sus quehaceres, es raro que un decúbito prolongado mucho tiempo no sea más perjudicial que útil. En estas circunstancias todo es accidental, y el menor cambio en el régimen ordinario presenta inconvenientes mucho más graves que el sufrir las eventualidades de la vida comun.

He asistido á una señora jóven que hasta entonces siempre había abortado, llegando ya á contar cuatro de estos accidentes. Sus embarazos anteriores, desde el segundo, los había pasado sentada en una butaca, lo que nunca impidió el que abortase. En vista de esto, le aconsejé que se paseara todos los dias, que se hiciera lociones frias por la mañana y tarde, y que llevara una vida activa. Este plan dió un resultado feliz, á pesar de algunos accidentes que indicaron la inminencia del aborto, que conjuré con el uso de las lavativas laudanizadas y el reposo temporal. Al siguiente año tuvo un nuevo embarazo, que terminó de un modo igualmente satisfactorio.

Estamos muy lejos de creer que este plan se pueda hacer extensivo á todos los casos análogos, pues cada mujer presenta circunstancias especiales, que el práctico debe estudiar detenidamente; pero somos de opinion que una vida activa, el ejercicio al aire libre, que aumenta el poder de asimilacion, y un régimen alimenticio corroborante, darán generalmente resultados más favorables que las precauciones minuciosas y el reposo prolongado.

Tambien creemos que las sangrías llamadas de precaucion se deben proscribir de la buena práctica, y ya hemos hablado de sus inconvenientes y problemáticas ventajas.

Las enfermedades del huevo nos son desconocidas por com-

pleto ; será por lo menos pueril el que formulemos indicaciones destinadas á combatir un estado que escasamente podemos sospechar.

**Tratamiento curativo.** Si las causas verdaderas del aborto se hallaran con más frecuencia al alcance de nuestros medios de investigacion, no estaríamos tan á menudo desarmados de agentes terapéuticos, ni tampoco reducidos al empleo de una forma trivial y empírica, que sólo combate los síntomas, y que generalmente su triunfo está limitado á suspender las contracciones uterinas. Esto parece probar que, en no pocos casos, le sucede al aborto lo que á ciertas neurosis, que basta suspender el acceso para impedir su nueva presentacion.

Esta fórmula consiste en la administracion del láudano en lavativas, y en prescribir un reposo absoluto. El láudano tiene la propiedad de suspender las contracciones y permitir al cuello que se rehaga, cuando ya existía un principio de dilatacion. Dispondremos dicho medicamento en lavativas, sucesivamente, en cantidad de 20 á 60 gotas, valiéndonos de una jeringuilla de oidos que contenga una cucharada de agua ; de este modo se absorberá con mucha rapidez. Para cada inyeccion sólo emplearemos de 5 á 10 gotas de láudano, dejando de intervalo, segun la sucesion más ó menos rápida de las contracciones, una ó más horas. Obrando de esta manera prudente, evitamos todo peligro, se vigila mejor la accion del medicamento, y no nos exponemos á pasar de la cantidad necesaria.

Algunos autores muy recomendables aconsejan empezar el tratamiento por una sangría de brazo. No está en nuestro ánimo el combatir una práctica amparada por maestros cuya autoridad estamos acostumbrados á respetar siempre ; pero confieso que su eficacia no la he visto por completo demostrada, y en todos los casos en que el láudano no ha producido los efectos deseados, tampoco la sangría ha podido detener el aborto. Por el contrario, muy á menudo he tenido ocasion de observar la desaparicion de los accidentes por la influencia del reposo completo y del láudano metódicamente administrado.

Debemos emplear este tratamiento á pesar de que haya algunas razones para creer que el feto esté muerto ; pues aún cuando esta eventualidad fuera un hecho, la intervencion no traería más perjuicio que retardar algo el período de expulsion.

En los casos en que el tratamiento tenga un buen resultado, es preciso continuar la medicacion á dosis decrecientes durante varios dias, despues que hayan desaparecido los síntomas de aborto.

Cuando los efectos de la hidropesía no eran del todo conocidos, se preconizó las aplicaciones de agua fria al hipogastrio para detener los fenómenos hemorrágicos. Ahora se sabe que la sedacion pasajera determinada por el agua fria va seguida de una reaccion bastante viva cuando se suspende su uso. Por lo tanto, tendrá más inconvenientes que ventajas este tratamiento,

aun admitiendo que el frio pueda hacer sentir su accion hasta un órgano tan profundamente situado, y de circulacion tan activa.

La temperatura de la habitacion se conservará á un grado poco elevado, y evitaremos á la enferma todo lo que pueda ocasionarle alguna emocion. El régimen alimenticio, sin que peque de severo, consistirá en alimentos ligeros y poco nutritivos.

Tambien se ha preconizado el polvo de sabina y de canela, y los revulsivos á las partes superiores del tronco; pero convendrá que no confiemos mucho en la eficacia de semejante medicacion.

Se desocupará el recto y se vaciará la vejiga de la orina.

Ocasion es de recordar aquí un caso publicado con detalles en el *Moniteur des Hôpitaux*, y, aunque hecho aislado, lo creo digno de que en él se fije la atencion.

Yo asistí en 1854 á una señora que había tenido tres abortos en seis embarazos, y se trataba de evitar un mal parto de dos meses y medio. El láudano y el reposo triunfaron con bastante rapidez de la hemorragia y de las contracciones uterinas; pero cuando la enferma trataba de levantarse, nuevamente reaparecían los fenómenos morbosos. Cansado de estas recidivas, que se presentaron varias veces, y convencido de la falta de eficacia de los medios que había empleado, me resolví á utilizar las propiedades hemostáticas del cornezuelo de centeno, sin cuidarme para nada de la reputacion de sustancia abortiva de que goza esta droga, sin razones suficientes, porque si bien activa las contracciones fisiológicas una vez empezado el parto, es dudoso que dicha sustancia las inicie. Administré, pues, el polvo del cornezuelo de centeno en la cantidad de un gramo al dia en tres dosis, y suspendí toda otra medicacion, cuidando, sin embargo de dejar recomendado el uso del láudano á dosis altas en el caso que mi tentativa hubiera tenido un mal éxito. No fué preciso recurrir á este extremo, pues antes de la tercera toma el flujo de sangre, que no era escaso, se suspendió para no volver á presentarse.

Diez dias despues de esto se anunció una nueva hemorragia acompañada de contracciones, y la enferma, que aun tenía en su poder cornezuelo de centeno, no me llamó é hizo uso del medicamento como anteriormente se lo prescribí, teniendo la satisfaccion de ver que el flujo se contuvo y que el embarazo llegó á su término normal sin nuevos accidentes.

Esta victoria repetida demuestra claramente que la desaparicion del fenómeno morbooso fué debida á la accion del medicamento, y que puede ser un recurso útil en los casos en que el aborto no dependa de la muerte del nuevo sér. Creo ademas que es una medicacion que, aplicada con prudencia, carece de todo inconveniente en este período del embarazo. Más tarde tambien la intentaría despues de haber empleado inútilmente otros medios, sólo que vigilaría atentamente el estado de la enferma.

Los medios que acabamos de enumerar se dirigen contra el aborto inminente, pero no siempre es fácil determinar el momento



preciso en que debemos perder las esperanzas; porque sabemos que una metrorragia abundante y prolongada no siempre es indicio cierto de un mal parto inevitable, habiéndose visto, aunque raras veces, llegar en estas circunstancias el embarazo á su termino fisiológico.

El acortamiento del cuello uterino, un principio de abertura, y hasta la formacion de la bolsa de las aguas, todos estos síntomas juntos ó aislados no son suficientes para pronosticar la expulsion, pues se ha visto desaparecer dichos fenómenos á beneficio de un tratamiento enérgico, y el embarazo continuar su interrumpido curso: el único fenómeno que demuestra que el aborto es ya irremediable, es la rotura de las membranas. En los primeros tiempos del embarazo es muy difícil, si no imposible, reconocer dicha rotura; porque el líquido amniótico, poco abundante, sale mezclado con los productos de la hemorragia, y por lo comun, sólo cuando el huevo se ha encajado en el cuello uterino, se reconoce el verdadero estado de las cosas.

**Medios que favorecen la expulsion del huevo.** Una vez declarado inevitable el aborto, es preciso que lo completemos, puesto que la hemorragia y los accidentes de reabsorcion pútrida son de temer mientras la placenta permanezca dentro del útero. Ya hemos visto que los abortos que más comprometen la vida de la mujer son los que se verifican del tercero al cuarto mes del embarazo, porque entonces la rotura del huevo se efectúa dentro del útero, y el feto es expulsado mucho antes que sus dependencias, por haberse roto el débil cordon umbilical á causa de las contracciones uterinas. Suele transcurrir algun tiempo hasta que se desprenda la placenta.

Esta circunstancia la debe tener siempre en cuenta el práctico cuando es llamado á prestar sus auxilios á una mujer y hace mucho tiempo que empezó el aborto ó acaba el feto de ser expulsado, porque puede estar seguro que el alumbramiento todavía no se ha verificado, en cuyo caso su tratamiento debe dirigirse á que se produzca este fenómeno.

Nunca me cansaré de repetirlo, el peligro mayor para la mujer consiste en la retencion de la placenta. Por esta razon debemos examinar minuciosamente los coágulos sanguíneos, que siempre acompañan á los malos partos en los dos primeros meses, para ver si entre ellos encontramos la masa placentaria. Despues de esta época, el órgano tiene un volumen bastante considerable y una organizacion bastante completa para que pueda ser fácilmente reconocido entre los coágulos que lo acompañan. Algunas veces las personas que asisten á la enferma, por no saber la importancia que tienen los productos del aborto, los han arrojado, y entonces el práctico se halla en una malísima situacion para establecer un diagnóstico exacto. El tacto en estos casos es de poca utilidad, porque la placenta puede estar adherida y ser inaccesible á este medio de exploracion, no que-



dando entonces más recurso para juzgar la situación, que el esperar los fenómenos consecutivos.

El síntoma inmediato, el más alarmante en el mal parto, es la hemorragia, á la que consagraremos principalmente nuestra atención.

El flujo sanguíneo suele ser generalmente de poca abundancia, y no observándose, como en el parto, esas pérdidas fulminantes que matan á la mujer en pocos minutos; sin embargo, puede durar varios días, y por su tenacidad llegar á constituir un verdadero peligro.

Cuando la hemorragia es poco abundante y la expulsión continúa, es preciso que intervengamos.

Entre los medios hemostáticos que se han propuesto, indicamos:

1.º El tapon. Puede emplearse en las hemorragias graves, aun cuando el aborto no se haya declarado inevitable, porque dicho medio tampoco se opone completamente á que el embarazo continúe. Se ha dicho, sin embargo, que á la par que constituía un obstáculo mecánico á la salida de la sangre, algunas veces ocasionaba contracciones por la irritación que su contacto determinaba en el cuello uterino, acción que debe ser muy débil, pues ya veremos, cuando se trate del *Aborto provocado*, que se ha renunciado á este medio por poco eficaz.

El taponamiento se puede practicar por los diversos procedimientos que se han indicado y que todo el mundo conoce, habiéndose recomendado el empapar en una solución de percloruro de hierro las hilas que hayan de estar en contacto con el cuello uterino.

Los tapones en forma de dedo de guante y de cola de cometa los soportan las mujeres muy difícilmente, porque la distensión que ocasiona la gran cantidad de hilas que hay que introducir en la vagina, y la compresión dolorosa que produce en los órganos inmediatos, obligan á retirar aquellos antes del momento oportuno.

En estos casos doy la preferencia á la pelota de aire de Gariel, que, después de introducida, se distiende por la insuflación, porque así ponemos en contacto del útero una superficie blanda y lisa que se acomoda bien á la forma de las partes sin ocasionar dolor. Tiene además la preciosa ventaja de ser muy fácil el retirarla desinflándola, y de este modo poder observar si el flujo se ha detenido. Se ha dicho en contra de esto que las pelotas de cauchuc tenían el inconveniente de romperse una vez colocadas; es verdad que sucede cuando son viejas, pero no cuando son nuevas. El cauchuc vulcanizado se altera espontáneamente al cabo de un año, aunque de él no se haya hecho el menor uso; por lo tanto, debemos tener esto en cuenta para no servirnos de los instrumentos compuestos de esta sustancia y que cuenten próximamente un año de haberse fabricado. La pelota de Gariel tiene además la ventaja de que puede dejarse en manos de la

enfermera ó asistenta, que en un caso urgente la puede ella misma aplicar.

Se ha dicho tambien que el tapon es capaz de favorecer la produccion de una hemorragia interna, pero esta eventualidad no es de temer hasta pasado el cuarto mes, porque en los primeros meses el desarrollo muscular del útero no es suficiente para consentir una gran distension del órgano. Despues de este tiempo rara vez nos hallamos en el caso de recurrir á este medio hemostático.

Tambien se aconseja el cornezuelo de centeno, cuya eficacia es tanto más evidente, cuanto más se aleja su administracion del principio del embarazo ; pero entonces hay que darlo, no á dosis cortas y fraccionadas, como hace poco he indicado, sino en cantidad de dos gramos en tres tomas y en el espacio de una hora. De este modo se obtienen contracciones que favorecen el desprendimiento y la expulsion de la placenta.

Cuando el huevo completo se ha insinuado en el cuello hay que guardarse mucho de romperlo, porque así disminuiríamos las probabilidades de que saliera entero.

Por el contrario, hay ventaja en provocar el derrame del líquido amniótico en los flujos que se presentan hácia el sexto mes, porque se facilita de este modo la retraccion del útero y la obliteracion de los vasos que sostienen la hemorragia.

Cuando alguna porcion del feto ó de sus anexos sea accesible á traves del cuello, será preferible, en vez de tratar de cogerlo con los dedos, hacerlo con una pinza larga de pólipos, que guiaremos sobre un dedo hasta el punto que deba asir, imprimiendo despues con precaucion suaves movimientos rotatorios al instrumento. Algunas veces la parte cogida con la pinza suele desgarrarse y ceder, pero esto en nada agrava la situacion ni impide el renovar nuestras tentativas, y si el cuello está suficientemente dilatado, se puede sacar el huevo de una vez.

En las ocasiones en que el cuello esté suficientemente dilatado y el desprendimiento no se haya verificado, se procurará introducir la mano en el útero á fin de practicar la extraccion de la placenta ; pero este proceder jamas es practicable antes del cuarto mes. En un caso en que ejecuté este procedimiento se trataba de un aborto de cuatro meses y medio ; la placenta estaba tan adherida, que tuve que renunciar á su extraccion.

Se han recomendado las sangrías generales como un medio de combatir las hemorragias graves. A mi juicio, dicho medio no dará otro resultado que debilitar inútilmente á la mujer, porque sabiendo que estos flujos son debidos á un desprendimiento más ó menos completo de la placenta, que ha dejado abiertos los senos uterinos, no se comprende cómo hay quien haya podido creer remediar esta situacion con sacar sangre de la vena.

2.º Los accidentes de reabsorcion pútrida consecutivos á la retencion de la placenta no se anuncian hasta despues de algu-

nos dias. A veces el práctico no ha sido llamado para asistir á la mujer en las primeras fases del aborto, ignora lo que ha ocurrido, y sólo conoce que el alumbramiento aun no se ha verificado por la fetidez de los loquios y los síntomas de reabsorcion pútrida. En estos casos puede ya el cuello haberse rehecho y ser entonces la cavidad del órgano inaccesible á nuestros medios de investigacion.

Creo que lo más esencial en estas circunstancias es reanimar las contracciones y practicar la dilatacion del orificio uterino, proponiendo para esto último la aplicacion de la esponja preparada ó del dilatador de Tarnier, del que hablaré cuando nos ocupemos del *parto prematuro artificial*. El empleo de estos medios dará por resultado determinar contracciones expulsivas y abrir camino á la placenta, ya en parte desprendida.

Tan pronto como la dilatacion sea suficiente, trataremos de coger la placenta con las pinzas de falso engendro, operacion que ejecutaremos con mucha prudencia y precaucion.

En todos los casos deberemos limpiar al útero de los productos fétidos de la supuracion, valiéndonos de inyecciones frecuentes dirigidas á la cavidad del órgano por una sonda de goma elástica. Estas inyecciones repetidas las haremos con agua fria, mezclada, si fuera necesario, con una vigésima parte de licor de Labarraque.

Si el alumbramiento es imposible, y por otra parte no observamos ninguno de los fenómenos generales de la absorcion pútrida, nuestro tratamiento será la expectacion, pero vigilando mucho el estado de la enferma á fin de intervenir al anuncio de los primeros síntomas, porque algunas veces se ven placentas muy adheridas, que se desprenden espontáneamente al cabo de algunos dias.

El puerperio del aborto nada tiene de especial, bajo el punto de vista de las atenciones médicas que reclama, y por lo tanto, nada tenemos que añadir á lo que hemos dicho al tratar del parto; la única diferencia es, que la quietud que se impone á la mujer será en estos casos menos prolongada, sobre todo si el aborto se manifiesta en los dos ó tres primeros meses.

## RESUMEN.

### Aborto.

El aborto es la expulsion del feto antes de ser viable. — Es imposible determinar rigurosamente su frecuencia con relacion al parto. — Es más frecuente en los primeros meses del embarazo. — *Causas que dependen de la madre.* — Todo lo que tiende á debilitar el organismo y á disminuir la potencia vital, puede considerarse como causa posible de aborto: los excesos, la miseria, el hambre; las afecciones flegmáticas, que conmueven

profundamente el organismo; la pulmonía, la viruela, el cólera, la fiebre tifoidea, etc. — Otra causa muy activa de aborto es la sífilis. — Las conmociones físicas y morales, las caídas, las violencias pueden tambien producir el mismo resultado. — La exfoliacion patológica de la mucosa uterina, las adherencias peritoneales que dificultan la expansion del útero, las inflamaciones uterinas ó de los órganos inmediatos pueden igualmente invocarse como otras tantas causas de aborto.

*Causas que dependen del padre.* — La única evidente es la sífilis. — Las causas dependientes del feto la examinaremos al tratar de la patología. — *Sintomas.* — Difieren segun la época en la que el accidente se manifiesta, y son tanto más notables cuanto más dista éste del principio del embarazo. — Los más constantes son las contracciones y la hemorragia. — Al principio de la gestacion la expulsion del huevo es rápida y á menudo pasa desapercibida. — Cuanto más se aproxima el aborto al sexto mes, tanto más se parece al parto. — Cuando el malparto es el resultado de una violencia ó de un accidente, se verifica la expulsion del feto al cabo de algunos dias. — Generalmente el flujo de sangre es el primer signo que anuncia la inminencia del aborto. — La contraccion uterina es tanto más enérgica y eficaz, cuanto más completo es el desarrollo del órgano. — La resistencia del cuello, cuyo reblandecimiento es progresivo, naturalmente es menor que en los primeros meses. — En esta época su rigidez coincide con la debilidad de las contracciones, que retardan la expulsion del huevo, á lo que tambien ayuda lo incompleto del acortamiento del cuello uterino, que todavía conserva la forma de una especie de conducto. — El huevo puede sobresalir á traves de este orificio y permanecer así varios dias antes de recorrerlo por completo. — Esta circunstancia es singularmente grave, porque la hemorragia que existe en este período de la expulsion puede durar hasta la salida completa del producto de la concepcion y sus anexos. — La intensidad de la hemorragia no depende de que el niño esté ó no muerto, sino que es la consecuencia del mayor ó menor desprendimiento de la placenta, coincidiendo con insuficientes contracciones uterinas. — En un período más adelantado del embarazo, cuando ya el globo uterino es accesible á la palpacion abdominal, se le siente endurecerse durante la contraccion. — Es importante, bajo el punto de vista del modo como hemos de intervenir, saber si el feto está vivo ó muerto. — No se adquiere certeza acerca de este punto sino despues del cuarto mes. — La expulsion del feto muerto se verifica en épocas muy variables. — Su retencion en este caso nada tiene de grave; pues estando el huevo entero sufre la maceracion y no la putrefaccion. — Despues de su rotura experimenta la descomposicion pútrida. — La duracion del puerperio y la reaccion láctea están en relacion con la época en que se ha producido el accidente. — *Diagnóstico.* — Para diagnosticar el

aborto es preciso reconocer antes si hay embarazo.—Ya hemos expuesto las dificultades que tiene este diagnóstico en los primeros meses. — Examínese si acaso se trata sólo de la vuelta de las reglas momentáneamente suprimidas, en cuyo caso no se observará ninguna dilatacion en el cuello. — En el aborto la sangre sale principalmente despues de la contraccion.—Cuando el cuello dilatado permita tocar las membranas, desaparece naturalmente la duda.—Si la expulsion de un huevo de poco tiempo se ha verificado no estando presente el facultativo, debe éste examinar los coágulos sanguíneos expulsados para ver si entre ellos encuentra los anexos del feto.—Un tratamiento bien dirigido puede suspender los fenómenos de un malparto ; pero esta suspension es momentánea si el producto de la concepcion ha sucumbido. — Cuando el aborto se presenta del cuarto al sexto mes, su diagnóstico es menos oscuro.—Es difícil desconocer el caracter de las contracciones uterinas.—Los fenómenos del trabajo tienen una gran analogía con los que presenta el parto, aunque la dilatacion del cuello no es tan completa.

El diagnóstico de la presentacion tiene menos importancia que en el parto.—Las presentaciones malas son las más frecuentes. — *Mecanismo del aborto.* — Este no está sometido á reglas, como sucede en el parto.—Las circunstancias más importantes de notar bajo este punto de vista son , 1.º La expulsion del feto ; 2.º el alumbramiento.—*Alumbramiento.*—En los dos primeros meses generalmente sale el huevo completo. — Durante los dos últimos, la placenta se desprende y expulsa poco más ó menos como sucede á término.—Las complicaciones que el alumbramiento determina se observan principalmente cuando se produce el aborto en el transcurso del tercero y cuarto mes del embarazo.—En esta época la placenta es una masa poco dura, y las contracciones, bastante débiles, son insuficientes para determinar su completo desprendimiento.—Esta disposicion produce hemorragias, en ocasiones graves, y que no se cohiben sino despues de terminado totalmente el alumbramiento.—La hemorragia puede suprimirse momentáneamente, cuando se retarda el desprendimiento de la placenta, para reaparecer de un modo intermitente hasta su completa expulsion.—La retencion de la placenta en vez de hemorragia puede ocasionar un flujo sanioso, resultado de la descomposicion pútrida de este órgano.—En estos casos se observan fenómenos de reabsorcion pútrida que pueden poner en gran peligro los dias de la mujer. — El feto muerto puede ser en los primeros meses de la gestacion retenido, reabsorbido, y la placenta experimenta á menudo en estas circunstancias una alteracion que produce una *mola*. — Se ha admitido la reabsorcion de la placenta, pero es muy dudoso este fenómeno. — *Pronóstico.* — Puede ser grave el pronóstico del aborto cuando éste se verifica en el tercero ó cuarto mes del embarazo.—En los otros períodos, los accidentes se deben, sobre



todo, á las imprudencias que la mujer comete.— *Tratamiento.*— No se puede dirigir la profilaxia del aborto sino á causas determinadas—el régimen alimenticio debe tener por objeto el restablecer el equilibrio de las funciones orgánicas.— Se someterá á un tratamiento mercurial al padre ó madre sifilíticos.— El tratamiento curativo se reduce á la administracion de los opiados y á prescribir un reposo absoluto.— Cuando el aborto es ya inevitable, por haberse roto las membranas, lo avanzado del trabajo, ó la positiva muerte del feto, el tratamiento consiste en favorecer la expulsion del huevo.— Con este objeto emplearemos : 1.º El tapon, si la hemorragia es muy abundante ó muy tenaz ; 2.º el cornezuelo de centeno á dosis elevadas ; 3.º si algunas partes del huevo sobresalen del orificio uterino, y son accesibles, se practica su extraccion con unas pinzas ; 4.º los accidentales de reabsorcion se combatirán con las inyecciones intrauterinas.— Cuando el cuello se haya retraido se practicará su dilatacion artificial por medio de la esponja preparada.— En los casos en que el orificio uterino esté suficientemente dilatado se tratará de coger la placenta con las pinzas de falso engendro.

## PATOLOGÍA DEL FETO.

Entre el aborto y las enfermedades del feto existe, las más veces, una relacion muy íntima, por lo que me creo en el deber de colocar sucesivamente estos dos capítulos.

El estudio de la patología del feto es sumamente interesante. Por desgracia los conocimientos científicos acerca de este punto son muy incompletos, y sería muy de desear que un médico laborioso y entendido estudiara profundamente este asunto, haciéndolo objeto de una obra que con toda seguridad sería bien acogida.

No puedo dar á este capítulo toda la extension que hubiera deseado, porque me separaría del plan que me he trazado para esta obra ; pero vería con gusto que otro despues de mí utilizara, más ampliamente que yo he podido hacerlo, los documentos considerables que he tenido que consultar acerca de este punto de la ciencia.

Hay ademas una parte de esta cuestion que permanecerá por largo tiempo en el estado de hipótesis, y es la relativa á las enfermedades del huevo en los primeros tiempos del embarazo. Los tejidos del feto, muy imperfectos todavía, no proporcionan datos al observador ; fuera de algunas lesiones, há tiempo conocidas, todo está aún por descubrir.

Esta ignorancia, bajo el punto de vista de los resultados prácticos, no entraña grandes perjuicios, porque, excepto algunas afecciones transmitidas por la madre, y que á veces pueden sospecharse, no poseemos ningun medio de reconocer, durante el embarazo, si el feto está enfermo ; y, por consecuencia, la tera-



péutica será del todo impotente para conjurar peligros cuya naturaleza no se puede apreciar hasta despues de expulsado el nuevo sér.

Las enfermedades del feto tienen necesariamente una importancia variable. Las unas son muy á menudo mortales y determinan el aborto; las otras, menos graves, no comprometen fatalmente su existencia, y pueden ser pasajeras ó no manifestar su accion sino en el momento del nacimiento. Insistiré sobre las primeras, contentándome con bosquejar ligeramente las segundas.

El cuadro de las enfermedades del feto es aún muy incompleto para que pueda ajustarse á las clasificaciones usadas para el adulto, quedándonos reducidos, al hacer su estudio, á aproximar los estados morbosos que presentan entre sí algunas relaciones.

Dividiremos en dos grupos distintos las alteraciones que el huevo puede experimentar. En el primero examinaremos las relativas al feto, y en el segundo las concernientes á sus anexos.

### Estados morbosos relativos al feto.

En los dos primeros meses el estudio de las enfermedades del feto nos suministra tan exiguos datos, que se pueden resumir en pocas palabras. Velpeau, que ha examinado más de doscientos fetos abortivos sin que ninguno pasara del tercer mes, ha encontrado alteraciones patológicas en la mitad de los casos. Por desgracia, mi sabio maestro, entre las alteraciones que pertenecen especialmente á esta época, sólo menciona sumariamente las de la vesícula umbilical y del saco alantóideo.

A medida que el feto crece y se aproxima á su completo desarrollo, los estados morbosos se van caracterizando mejor; pero es de todo punto inexacto decir que puede ser atacado de todas las enfermedades que se observan en el adulto.

### HERIDAS Y FRACTURAS.

Las caidas y violencias físicas que sufre la madre, pueden, sin producir á esta solucion alguna de continuidad, determinar en el feto fracturas y heridas de gran consideracion.

Lynch cita el caso de una mujer que dió una caida en el octavo mes de su embarazo. El parto se presentó poco despues y por la influencia de aquel accidente. El feto tenía una profunda herida que se extendía desde el sacro hasta el occipital, y parecía determinada por una avulsion violenta de la piel y de los músculos de la region. Tambien dicho autor hace notar que la herida presentaba en algunos punto un principio de reparacion. Dietrich, en circunstancias análogas, observó una herida en vía de cicatrizacion en la region occipital y otra en la region frontal

de un recién nacido. Además, los huesos del antebrazo estaban fracturados cerca de la articulación humero-cubital.

Behr hizo la autopsia de un feto. La madre había dado una caída un mes antes. El niño sucumbió á consecuencia de una inflamación cerebral determinada por graves contusiones del cráneo. La piel de la cabellera estaba tumefacta y el periostio desprendido al nivel del parietal derecho, en cuyo punto la dura madre estaba fuertemente adherida al hueso.

Verneuil ha visto una fractura, ya antigua, del maxilar inferior de un recién nacido, cuyas causas productoras no se pudieron conocer. Burdach cita la observación de una mujer que recibió un golpe en el abdomen hacia el sexto mes del embarazo. Una soldadura angular de los huesos del antebrazo y de la pierna probaba que estos miembros habían padecido una doble fractura. Mi amigo el Dr. Benoist asistió al parto de una señora, cuyo hijo presentaba igualmente una fractura de la pierna, en la que los fragmentos se habían soldado en dirección viscosa. Mayer ha dado cuenta de una fractura del muslo izquierdo de un feto, en el que se estableció el callo con deformidad del miembro. Cazeaux prestó sus cuidados médicos á una señora que en el sexto mes de su embarazo se dió un golpe violento contra una mesa: el feto fué expulsado poco después, y presentaba en su región dorsal un equimosis del ancho de la palma de la mano.

Bouchut cita los siguientes ejemplos de fracturas intrauterinas producidas por caídas de la madre: F. Davis, fractura del muslo, ya curada al nacer, pero con una pulgada de acortamiento el miembro lesionado; Duvergier, fractura de la clavícula; Keller, fractura de la clavícula; Carrus, fractura de la tibia con salida del hueso á través de la herida.

En presencia de estos hechos, me parece difícil negar que puedan producirse heridas y fracturas durante la vida intrauterina. Lo que sí podría causar asombro es encontrar solidez en un callo formado en las condiciones de movilidad en que se encuentran los miembros del feto. Lo que depende, como se sabe, de la abundancia del fosfato calcáreo que se deposita durante este período de la vida, siendo corolario de esto la rapidez con que se verifican las reparaciones óseas en la primera infancia.

Daremos cuenta inmediatamente de hechos indiscutibles de anquilosis, cuya explicación sería muy difícil, porque no está demostrado que estas lesiones hayan sido siempre la consecuencia de inflamaciones articulares.

No debemos, sin embargo, considerar como fracturas consolidadas en dirección viciosa todas las desviaciones que se observen en la continuidad de los miembros del recién nacido; pues Blasius cita seis casos de corvaduras congénitas de la pierna; Braun refiere otro de un niño de todo tiempo que nació con los pies

zambos y las piernas con una corvadura angulosa en su parte media. Como consecuencia de esta viciosa direccion, los talones llegaban casi á tocar las pantorrillas. La deformidad en este caso fué debida á la accion muscular, y reconoció por causa primitiva una lesion del sistema nervioso. Hé ahí una de las causas del pié zambo. La accion contráctil exagerada y sostenida de los músculos determina la corvadura de los huesos todavía flexibles y el cambio en la relacion de las superficies articulares que tan frecuentemente se observan en el niño recién nacido.

Hammer da cuenta de una observacion de pretendida fractura intrauterina, que no es otra cosa que una corvadura de los huesos debida á la misma causa.

A lo dicho añadiré, que J. Guérin admite que cuando la contraccion es brusca y poderosa puede producir la fractura de los huesos. Dicho profesor posee en su coleccion un recién nacido, en el que los huesos de sus cuatro miembros, fracturados por la influencia de una contraccion muscular desconocida, están ya unidos mediante un callo sólido.

Señalaremos, sin concederles mucha confianza, las observaciones de Malbranche, Hartzocker, Muijs y Amant, citadas por Jacquemier, relativas á fetos que nacieron con los huesos fracturados en los mismos puntos por donde se rompían los miembros de los criminales condenados al suplicio. Estas lesiones las atribuyen á la impresion moral violenta de las embarazadas que presenciaban la ejecucion.

Chaussier ha observado en dos recién nacidos alteraciones singulares del sistema óseo: en el uno contó 113 fracturas, y en el otro 43, repartidas en todo el esqueleto.

En este último las lesiones tenían el aspecto más diverso, pudiéndose estudiar en él desde la fractura reciente hasta la consolidacion definitiva por un callo sólido. Los antecedentes maternos no daban ninguna explicacion de este fenómeno raro, que Chaussier está dispuesto á atribuir á una lesion de nutricion. En estos casos hay que tener en cuenta una circunstancia notada por el mismo autor, y es: que los huesos estaban más ó menos encorvados, que su volumen y grueso excedía el término medio ordinario, y por último, que eran más cortos. ¿Habrá razon para hacer dependientes estas lesiones de un raquitismo congénito? Osmerod cita la observacion de un feto raquítico que vino al mundo con los dos brazos fracturados.

#### LESIONES ARTICULARES. — ESCOLIOSIS.

La ciencia posee cierto número de hechos de anquilosis en los fetos. Buchs recibió uno cuyos miembros anquilosados se rompieron durante la extraccion. Jaenecke ha extraído, valiéndose del forceps, un niño que tenía anquilosados ambos codos y la articulacion escapulo-humeral derecha. Braun y Hohl han visto

casos parecidos. Birb y Becourt describen cada uno un caso de anquilosis de las dos rodillas. Werner ha tenido ocasion, asistiendo á un parto, de recibir á un niño en el que la cara anterior de la pierna, luxada y anquilosada, estaba en relacion con la cara anterior del muslo.

Richard Saint-Thomas ha comprobado una anquilosis de la columna vertebral en un feto anencefálico, y esta disposicion hizo que fuera la version muy penosa.

El determinar la etiología de estas lesiones es sumamente difícil. Cuando están limitadas á una ó dos articulaciones, puede suponerse que la anquilosis es el resultado de una inflamacion artrítica; pero cuando la alteracion se extiende á toda la columna vertebral, no puede aceptarse esta teoría, y nos hallamos en el caso de admitir una lesion de desarrollo.

Las luxaciones congénitas son bastante frecuentes; pero como la afeccion por sí sola no es mortal, rara vez hay ocasiones de examinar el estado de las cosas en el acto del nacimiento.

Verneuil ha publicado con detalles un caso de coxalgia en un feto. La cabeza del hueso estaba fuera de su sitio; la cápsula articular tapizada de vegetaciones fungosas y llenas de un líquido sanioso; el ligamento redondo, roto. El autor recuerda que Parise ya había comprobado alteraciones semejantes. Brou ha publicado una observacion que tiene caracteres idénticos á los descritos por Verneuil. Por último, Morel-Lavallée ha hecho sobre este asunto un trabajo basado en dos observaciones en que los fenómenos patológicos articulares eran tan característicos como pudieran serlo en el adulto. La etiología y mecanismo de esta lesion no presenta nada de dudoso, estando, por lo tanto, perfectamente demostrado que en el feto las articulaciones pueden padecer inflamaciones, supuraciones, y, por último, luxaciones consecutivas.

Fleischmann, Montaut, Nivert y Hohl citan casos de escoliosis del feto. Este vicio de conformacion parece depender de la influencia de diversas causas, y á veces está bastante pronunciado para oponer obstáculo al parto. En los hechos expuestos por Nivert y Montaut la desviacion vertebral coincidía con un hidrocefalo y con una eventracion, pudiéndose tambien en estos invocar como causa una lesion de desarrollo. En las observaciones de Fleischmann, de Hohl y en otra que me ha comunicado el profesor Stoltz, es probable que la gibosidad fuera debida á una retraccion muscular y que se produjera por un mecanismo análogo al que hemos indicado al tratar de las incurvaciones óseas y de los piés zambos.

#### RAQUITISMO INTRAUTERINO.

Los huesos del feto experimentan á veces, durante la vida intrauterina, reblandecimientos y deformaciones que Bouvier,

Broca, J. Guérin, Notta, Sartorius, Verneuil, etc., consideran dependientes del raquitismo. Depaul quiere hacer una afección especial del sistema óseo distinta del raquitismo de la infancia, fundándose para esto en algunos caracteres de todo punto secundarios, y que considera como especiales de la vida intrauterina.

Aunque no se tenga en cuenta la poderosa autoridad de los que rechazan una doctrina que Depaul es casi el único que defiende, la distinción que quiere establecer no está suficientemente demostrada. Es evidente que el raquitismo, que ataca á los huesos del feto incompletamente desarrollados, debe presentar un modo de evolución algo diferente del que se verifica algunos años después del nacimiento. En el primer caso, la osificación, es decir, la asimilación de fosfato calcáreo, está perturbada ó suspendida. Puede suceder que esta materia se deposite irregularmente en ciertos puntos, que falte en otros, ó que se acumule en un sitio de un modo exuberante, aumentando su grueso. En el raquitismo de la infancia la osificación está casi terminada; por lo tanto, no puede demostrarse en éste la misma forma de suspensión de desarrollo.

Los desórdenes de la nutrición tienen por efecto principal recoger ó modificar elementos ya existentes. Esta diferente evolución, en la que Depaul insiste, es inevitable á causa de la diversa constitución de las partes, y no permite establecer que la enfermedad sea diferente. Añadiré que Duménil explica, basado en el examen anatómico, estas exuberancias limitadas y estas nudosidades, de un modo que destruye el argumento que de su presencia se saca, pues las considera como callos determinados por la reparación de las fracturas. La observación de Chaussier, referida más arriba, confirma este modo de ver.

Para crear un estado morboso nuevo es preciso, no solamente apreciar con toda exactitud el valor de las anomalías que se expongan, sino determinar con toda precisión la naturaleza de la dolencia que creemos nueva: esto es lo que no se ha hecho aquí. Un síntoma aislado, cuya explicación se halla en la diferencia de las edades, es insuficiente para justificar la opinión de Depaul, pues los demás guardan entre sí una sorprendente semejanza. En el feto, como en el niño, las corvaduras óseas, el abultamiento de la epífisis, el aumento de volumen de las diáfisis, tienen la misma fisonomía, como igualmente observamos el exagerado desarrollo de la cabeza, la fragilidad de los huesos, su pequeñez y la igualdad de las alteraciones anatómicas en la textura de la sustancia esponjosa.

El curso de la enfermedad tiene tan íntimas relaciones en las dos edades, que Laffon Marron, en una bella obra ilustrada con láminas, ha podido estudiar los tres períodos del raquitismo intrauterino.

En el feto raquítico las lesiones del cráneo son casi siempre las mismas. Las irregularidades en la osificación se manifiestan



principalmente en la parte superior del occipital. Esta region, que ha permanecido membranosa, está sembrada de núcleos de osificacion dispuestos sin orden y de volumen variable, estando algunos de ellos unidos entre sí por prolongaciones. La misma disposicion se observa hácia el borde superior del frontal y de los parietales, pero en grado menos marcado. Bouvier ha comprobado la coincidencia del hidrocéfalo, y Gædeens ha observado la osteomalacia del cráneo de un niño raquítico.

Las causas del raquitismo intrauterino se determinan con más dificultad que en el niño. Bouvier da á la herencia gran importancia en el desarrollo de esta enfermedad, y en una observacion de Notta, el padre había sido raquítico. Parece ser que no tienen gran influencia, bajo este punto de vista, las lesiones de nutricion de la madre, lo mismo que todo cuanto se ha dicho relativamente á la coincidencia del embarazo con persistencia del flujo menstrual. El raquitismo intrauterino, sumamente raro, no parece haberse observado en estas circunstancias. Con muy pocas excepciones, los fetos atacados de esta dolencia, ó nacen muertos, ó sucumben al nacer.

El raquitismo intrauterino marcha con gran rapidez y recorre todas sus fases en algunos meses, pudiéndose observar en el mismo individuo todos los períodos de la enfermedad al mismo tiempo. Durante la vida fetal, la evolucion del tejido óseo es muy activa, por lo que se comprende perfectamente que las fracturas que se producen bajo la influencia de esta afección puedan, al cabo de pocos dias, unirse por un callo sólido.

#### AMPUTACIONES ESPONTÁNEAS.

Las mutilaciones del feto contenido en la cavidad uterina reconocen dos causas diferentes. En ciertos casos, la lesion es una verdadera amputacion espontánea, determinada por circulares del cordon ó bridas desarrolladas accidentalmente; en otros sólo se trata de una suspension de desarrollo. Aunque son raras estas alteraciones, poseemos hoy un número suficiente de hechos que demuestran claramente la evidencia de estas causas. Sin embargo, si á veces el caracter preciso de la lesion puede dar lugar á la duda, hay en cambio hechos tan positivos, que no dan fundamento alguno para negarlos.

Chaussier, Richerand y Desormeaux consideraban estas amputaciones como resultado de inflamaciones ó de la gangrena espontánea, causas que se han rechazado, pues no se puede admitir la gangrena faltando un vínculo constrictor.

Haller y Vroliig han aplicado estas lesiones haciéndolas depender de una suspension de desarrollo. Esto es cierto para algunos casos, pero bien pronto vamos á ver que no puede admitirse esta opinion de un modo exclusivo.

Hecher y Martin hacen á estas amputaciones dependientes de



fracturas intrauterinas. De ningún modo se comprende cómo la fractura, cuyo mecanismo acabamos de estudiar, pueda llevar consigo la division de las partes blandas.

Por último, Montgomery ha tratado de explicar este fenómeno por las circulares del cordon y el desarrollo de bridas fibrosas en la cara interna del amnios ó de la placenta, dispuestas de modo que estrangulen ciertas partes del feto. Dice que ha observado un caso en el que este mecanismo era evidente, y cita otros análogos tomados de Labat, Tysson-Wert, etc.

Hillairet ha observado un feto de dos y medio ó tres meses expulsado en estas condiciones. El cordon estaba tan ceñido á la superficie del tronco, al que cruzaba oblicuamente, que determinó en este sitio un profundo canal, pasando luego al cuello, que estrangulaba con tres circulares. Quitado el cordon, se vió que la seccion del cuello era casi completa, no uniendo la cabeza al tronco más que un simple pedículo de un centímetro de grueso. Aquí, por lo tanto, está fuera de toda duda que los surcos profundos del tronco y de la region cervical, en los que se hundía el cordon, eran debidos á que éste se había enroscado prematuramente, haciéndose así corto, y, por lo tanto, no dejando amplitud bastante entre sus asas para el natural crecimiento ex-céntrico del feto, cuyos tejidos segaba.

Chailly cita un caso análogo, tomado de Taxil: el cuello del feto estaba tan apretado por tres circulares, que no tenía más que cinco ó seis milímetros de grueso.

Simpson refiere dos hechos interesantes de Meckel y Wrisberg, en los que las circulares del cordon estaban profundamente impresas en los tejidos del tronco y miembros. También existían entre las partes adherencias anormales determinadas por esta constricción.

Martin d'Iéna refiere la observacion de un niño nacido al término fisiológico con una amputacion del brazo izquierdo en su parte media; el húmero salía por la herida, que se cicatrizó poco tiempo despues del nacimiento. La parte amputada del miembro fué expulsada con la placenta, y no tenía ningún vicio de conformacion, estando sólo algo hinchada é infiltrada. La madre, dos meses antes del parto, se había caído desde lo alto de una escalera. El autor atribuye á esto la amputacion; pero me parece mucho más probable atribuirla á algunas circulares del cordon, que desaparecieron despues de la seccion del miembro sobre el que se habían arrollado. De todos modos, no podemos aquí hacer dependiente esta lesion de una falta de desarrollo, puesto que una porcion del brazo, todo el antebrazo y la mano estaban contenidos en la cavidad amniótica.

Chaussier y Watkinson refieren dos hechos idénticos. En otro de que habla Fitschs, el pié amputado se expulsó quince dias antes del parto, á consecuencia de una rotura accidental de las membranas.

Las amputaciones espontáneas se observan igualmente en los animales. Vrolig ha visto un caso en un ternero, y Goubeaux en una cabrita.

Greewood recibió un niño privado del antebrazo derecho; el muñon tenía la misma forma que el que resulta de una desarticulación practicada en regla, percibiéndose muy bien los dos cóndilos del húmero. La parte de extremidad que faltaba no se encontró. El autor, para explicar esta lesión, apela á una emoción violenta experimentada por la madre estando embarazada. En mi concepto, se trataba probablemente en este caso, más bien de una falta de desarrollo que de una amputación espontánea.

A veces las lesiones son múltiples, y al lado de vicios de conformación, debidos claramente á una monstruosidad ó á una suspensión de desarrollo, existen otras que muy bien pudieran atribuirse á amputaciones por bridas coexistentes ó circulares del cordón.

Esta perplejidad para designar la causa la tenemos al estudiar las observaciones de Béclard, Zagorsky, Schœffer, Aculoth, etc.

Simpson, en su Memoria sobre esta cuestión, dan una gran importancia á las bridas producidas por falsas membranas. Casi todos los ejemplos de amputación espontánea que cita deben clasificarse en otra categoría. El poco rigor con que procede al examen de los hechos le conduce á considerar los apéndices que algunas veces se observan en la extremidad de los muñones como reproducción secundaria de la parte amputada. Los argumentos que aduce para sostener esta opinión, sacados del examen de lo que sucede en los animales inferiores, cuyos órganos arrancados se reproducen, no son de ningún modo aceptables tratándose de los mamíferos.

Lo repito: en esta cuestión no se puede sostener una opinión exclusiva. La posibilidad de las amputaciones espontáneas es indiscutible, pero no por eso debemos hacer depender de esta lesión hechos que reconocen otra causa. Podrá creerse que se trata de una suspensión de desarrollo ó de una monstruosidad cuando las lesiones múltiples ocupen varias regiones separadas.

**Viruela en el feto.** Se han podido observar algunos casos de viruela en el feto, aunque no muy frecuentes.

Generalmente la madre es primeramente invadida y transmite la enfermedad al producto de la concepción.—Observaciones de Blot, Charcot, Depaul, Jacquemier, Jenner, Luque, Magde, Schweig y Simpson indican que en estas condiciones la viruela es siempre discreta, y su transmisión por la madre está lejos de ser constantemente fatal. Serres ha visto veintidos veces salir al niño libre del contagio. Magde da cuenta también de un caso análogo. Fumée señala el hecho, muy curioso, de una madre atacada por la viruela que sólo contaminó á uno de los gemelos que llevaba en su seno.

En algunos casos el feto es el único atacado : la madre , que le ha transmitido la enfermedad , queda ilesa. Observaciones de esta índole presentan Bouchut, Chaigneau, Deneux, Ebel, Gérardin, Jenner, Legros, Mauriceau, Lead y Van Iperen.

En nuestra época, en que tan extendida se halla la inoculación de la vacuna, esto parece bastante natural, y se comprende que la madre esté exenta del contagio por haberse anteriormente vacunado ; pero en observaciones que se remontan al siglo pasado, esta razon no es admisible, no pudiéndose uno explicar la indemnidad de la madre, sino concediendo á ésta una constitucion refractaria á la viruela.

Magde cita dos hechos , que parecen demostrar que la vacunacion de la madre durante el embarazo preserva al niño de la influencia de la viruela despues de su nacimiento, porque dicho autor intentó, sin resultado, vacunar un recién nacido en estas condiciones. El hijo de una mujer atacada de viruela poco ántes de parir se manifestó igualmente refractario á la vacuna : Simpson cita un caso parecido. Corlieu me ha comunicado la observacion de un niño, en el que prendió la vacuna á pesar de haber tenido la madre viruelas durante el embarazo.

**Sarampion y escarlatina.** Simpson y Magde creen que existen dichas afecciones en el feto, pero no han observado personalmente ningun caso, y si en rigor puede admitirse esta posibilidad, las observaciones carecen de la precision necesaria para determinar la conviccion. Ademas, se comprende que la rápida desaparicion de estos exantemas, que no dejan impresa su huella en el organismo, sea un obstáculo para la comprobacion del hecho.

**Ictiosis.** Simpson describe con este nombre una rarísima alteracion de todo el tegumento del feto. La piel de todas las regiones, y sobre todo la del cráneo, está dura, como cartilaginosa, y surcada por hendiduras ó grietas que se unen en sus extremos, dividiendo la superficie del tronco y de los miembros á la manera de un mapa geográfico. Une á su descripcion ocho casos de esta curiosa enfermedad. El primero se lo facilitó Keiller; el segundo lo vió en el Museo del hospital de Guy; el tercero pertenece á Richter; el cuarto á Hinze; el quinto á Steinhausen; el sexto, observado por Sonty, está depositado en el Museo Dupuytren; el séptimo es debido á Vrolick, y se halla en el Museo de Amsterdam; por último, el octavo pertenece á Lewens.

Simpson considera estas soluciones de continuidad como secundarias y determinadas por los movimientos que agrietarían la piel poco flexible, ó por el crecimiento del feto, cuyo tegumento alterado se resistiera á la extension. Este es tambien el parecer de Vrolick. Hinze la considera como una afeccion de naturaleza sifilítica, análoga á la elefantiasis de los griegos. Steinhausen, en el caso que le es propio, ha notado que la piel puede dividirse en dos hojas distintas. Por debajo de la superficial hipertrofiada, aparecía intacta la segunda en el fondo de las grietas.

El aspecto de estos fetos es monstruoso y casi igual en todos ellos; los párpados y los labios sufren una retraccion excéntrica, que hace estén abiertos constantemente los ojos y la boca, la nariz es rudimentaria, y los órganos externos de la generacion deformes. Estas lesiones se atribuyen á la retraccion del tegumento, que se opone al completo desarrollo de los órganos.

Algunos de estos fetos han nacido antes de tiempo, y ninguno ha vivido más de cincuenta horas.

**Sífilis.** Puede el feto contraer la sífilis, no sólo porque la madre la padezca, sino tambien transmitida por el padre, aunque éste no tuviera en el momento de la fecundacion ningun síntoma aparente de la enfermedad. Tambien está demostrado que cuando el origen de la afeccion proviene del padre, el feto, al desarrollarse, puede contaminar á la madre, hasta entoces indemne. Hutchinson cita tres casos, y Depaul dice haber observado tambien este modo de transmision.

Algunas veces, bajo la influencia de la sífilis, el feto sucumbe y es expulsado mucho antes del término normal en un estado avanzado de maceracion. Entonces, las lesiones cadavéricas que experimentan la piel y las mucosas son suficientes para borrar las huellas, profundas ó superficiales de la sífilis. P. Dubois cree en la muerte por esta causa sin síntomas apreciables.

Muy á menudo tambien el embarazo sigue su curso ordinario y llega al término, pero entonces el recien nacido presenta dos aspectos distintos: 1.º puede tener todas las apariencias de la salud, y las lesiones sifilíticas no manifestarse hasta pasados algunos dias ó algunas semanas: de estas manifestaciones tardías no nos ocuparemos; 2.º traer al nacer los síntomas característicos de la sífilis.

Las lesiones que en este último caso observamos son variables: las unas son superficiales y muy aparentes; las otras profundas, no se pueden conocer sino en la autopsia.

La infeccion del feto es casi inevitable cuando la madre está enferma antes de concebir; pero cuando es inficionada en una época próxima al parto, el feto tiene probabilidades de salir ileso. De todos modos es conveniente que se someta al tratamiento específico á toda mujer embarazada que padezca sífilis, cualquiera que sea la época del embarazo.

Hay que tener muy presente que ninguno de los síntomas que vamos á enumerar tiene el valor patognómico si se presentan aisladamente, y si la salud de los padres no viene á confirmar el diagnóstico. Sin embargo, á falta de este importante elemento, la agrupacion de cierto número de estas lesiones en un recien nacido ó en un feto abortivo, dejará poco lugar á la duda.

**PÉNFIGO.** — Por largo tiempo se ha discutido el valor del pénfigo como síntoma sifilítico, y sólo hace quince años ha sido aceptado generalmente el caracter de esta lesion. Sin embargo,

aún hay algunos disidentes que consideran la erupcion penfigóidea, no como un sintoma inmediato de la sífilis, sino como consecuencia del empobrecimiento que esta caquexia produce en el organismo. Esto no es otra cosa, ni debemos designarlo con otro nombre, que con el de sutilezas desprovistas de toda importancia. El pénfigo en el recién nacido no es siempre un síntoma evidente de sífilis, puesto que esta manifestacion morbosa puede existir en los niños delicados y enfermizos, aparte de toda afeccion sifilítica, circunstancia por la que la perplejidad ha durado tanto tiempo.

Para hacer el diagnóstico diferencial hay que tener en cuenta principalmente el sitio de la erupcion y la época de la invasion; los caracteres objetivos pueden ser los mismos.

En el pénfigo sifilítico la erupcion se presenta siempre en los pies y en las manos, extendiéndose algunas veces á otras partes del cuerpo. Tambien pueden ser invadidas solamente las extremidades inferiores de una manera discreta ó confluyente. El pronóstico es excesivamente grave, porque pocos niños sobreviven.

En el pénfigo no sifilítico, la erupcion es discreta y se limita al tronco y á la raíz de los miembros; su evolucion es rápida, y el pronóstico carece de gravedad.

Pero hay un elemento de diagnóstico diferencial que tiene gran valor, y es la época en que la erupcion se presenta. Parece que no se ha observado todavía el pénfigo benigno en el feto, porque se declara, segun las observaciones modernas, algun tiempo despues del nacimiento. Estamos, pues, autorizados para considerar siempre como sifilítico el pénfigo de las extremidades desarrollado durante la vida intrauterina.

Las diferentes formas de la erupcion se pueden ver en un mismo feto sifilítico. El primer grado está caracterizado por la presencia de un círculo de color de heces de vino, que será luego el asiento de una ampolla. Esta coloracion, extendida á las partes inmediatas, anuncia la confluencia. Más tarde aparecen las ampollas, que son aplastadas, opalinas, blanquecinas ó amarillentas, y de un centímetro á centímetro y medio de diámetro. He tenido ocasion de observarlas enormes en un hijo de una de mis clientes, en el que algunas de dichas ampollas medían dos centímetros y medio. Cuando están muy próximas se tocan por sus bordes, pero el punto de contacto permanece visible.

Estas ampollas contienen un líquido complejo, en el que hay en suspension copos blanquecinos, células epidérmicas y glóbulos de pus. El fondo de la ampolla está tapizado por una capa pulposa que puede medir un milímetro de grueso; se desprende fácilmente, dejando ver el dermis subyacente, rugoso y sembrado de pezoncitos carnosos vivamente inyectados.

No se pueden confundir estas ampollas con ciertos desprendimientos epidérmicos producidos por la serosidad acumulada y que tan frecuentes son en los fetos macerados, porque ocupan



generalmente el tronco y no van acompañadas de rubicundez inflamatoria.

**ABSCESOS DEL TIMO.**—P. Dubois indicó una lesion del timo refiriéndola á la sífilis, opinion que, á pesar de la oposicion que se le hizo cuando se dió á conocer, actualmente se acepta como exacta.

La consistencia, la forma, el volumen y el color del órgano no han experimentado la menor alteracion ; pero su parénquima contiene gran número de pequeños focos purulentos. Concediendo gran valor á esta lesion, cuando los niños presentan otros síntomas de sífilis, P. Dubois se halla inclinado á creer que dichos abscesos pueden presentarse independientes del estado sífilítico.

**ABSCESOS PULMONARES.** — Baron, Billard, Husson, Cruveilhier, etc., habían observado en los pulmones de algunos niños recién nacidos induraciones circunscritas con infiltracion purulenta, ó pequeños abscesos limitados por paredes más ó menos gruesas. Dichos autores consideraban estos focos como constituidos por la materia tuberculosa reblandecida, ó como abscesos múltiples, resultados de inflamaciones parciales.

Depaul, habiendo encontrado alteraciones idénticas en niños manifestamente sífilíticos, consideró estos abscesos como un síntoma de la sífilis fetal. Esta opinion, combatida vivamente por Cazeaux, Gibert y Roux, ha sido aceptada por Dubois. Me parece difícil, en efecto, negar la significacion establecida por Depaul ; sin embargo, conviene no perder de vista que en el pulmon de los niños existen muchas veces lesiones análogas, determinadas por inflamaciones ó degeneraciones absolutamente extrañas á la sífilis. Por lo tanto, este síntoma no tendrá valor real, mientras no coincida con otros de reconocida naturaleza específica.

Cazeaux, Gibert y Roux combatían principalmente la parte del trabajo de Depaul en que se admitía que sólo la comprobacion de abscesos en el pulmon del feto bastaba para someter á los padres á un tratamiento específico. Respecto á este extremo, participo de la opinion de estos autores.

Lorain y Robin han descrito, dándole el nombre de epiteloma pulmonar, la siguiente lesion observada en dos fetos atacados de pémfigo en sus extremidades, y uno de ellos con alteraciones en el timo. El pulmon, en varios puntos, parecía carnicificado ; los fondos de saco de los conductillos bronquiales estaban llenos de cilindros de epiteliom pavimento que se dejaba desprender fácilmente. Aunque no todos, sin embargo, algunos de estos cilindros contenían un conducto muy estrecho. Esta alteracion naturalmente se oponía á la penetracion del aire en las partes invadidas. Por más de que en ninguno de estos dos casos se manifestaba el menor indicio de afeccion sífilítica ni presente ni pasada, Lorain y Robin, haciendo algunas reservas, parecen



estar dispuestos á creer que el epitelioma por ellos observado es el primer grado de las sífilides pulmonares indicadas por Depaul.

**ALTERACIONES DEL HÍGADO.** — Gubler ha sido el primero en reconocer la verdadera naturaleza de las alteraciones de esta glándula que se presentan en los fetos sífilíticos.

La alteracion del hígado puede ser general ó parcial. En el primer caso está hipertrofiado, globuloso, turgente, quebradizo y duro, y cruje al cortarse con el escalpelo. El líquido que sale por la incision es sero-albuminoso, amarillento, pero no sanguíneo, porque los vasos están obliterados. En las partes enfermas, que al parecer no contienen ya glucosa, la alteracion está constituida por la invasion de elementos fibro-plásticos, que sustituyen á los elementos normales de la glándula. La coloracion es particular : el tinte ordinario del hígado está reemplazado por uno uniformemente amarillo leonado. Cortadas estas partes en rebanadas de poco grueso, presentan alguna transparencia y contienen una infinidad de granitos blancos y opacos análogos á la sémola. Ademas se observan arborizaciones grisáceas, debidas á vasos obliterados.

En los casos en que la alteracion no es tan completa, está limitada la coloracion amarilla á la periferia del hígado, y principalmente á su borde anterior, pudiendo tambien formar islotes ó núcleos aislados que resaltan sobre la coloracion normal de esta víscera y que no se dejan penetrar por las inyecciones más finas y delicadas. La porcion hepática del peritoneo presenta á menudo indicios de inflamacion.

La alteracion del hígado por los elementos fibro-plásticos no es patognomónica de la sífilis, porque puede existir independientemente de ésta. Todo el valor se lo dan otras alteraciones concomitantes.

**PERITONITIS SIFILÍTICA.** — Simpson, en su Memoria sobre la peritonitis del feto, cita tres casos, en los que la madre era sífilítica. Si esta causa no es frecuente, parece, sin embargo, admisible. En las observaciones de Gubler se comprueba que en las degeneraciones del hígado el peritoneo de la region hepática tiene indicios de inflamacion.

Estas son las principales lesiones que se han creído dependientes de un estado sífilítico del feto. Las placas mucosas, la onixis y demas síntomas que se manifiestan despues del nacimiento, muy rara vez se han observado en el curso de la vida fetal, así como tampoco las alteraciones del sistema óseo. Danyau habla de una osteitis de la cara interna del cráneo; dice que había entre los huesos y la dura-madre placas fibro-plásticas amarillentas rodeadas de una redecilla vascular bastante desarrollada.

Bertin y Laborie, citados por Bouchut, han visto el primero una periostitis, y el segundo, otra complicada con ulceracion, en fetos conceptuados como sífilíticos.

Lebert ha encontrado en dos placentas de fetos, hijos de madres sifilíticas, granulaciones amarillas de aspecto tuberculoso, unas aisladas, otras agrupadas, y del volumen de un cañamón. Difícil es establecer una relacion directa entre el estado sifilítico de las madres y estas alteraciones.

**Enfermedades de los órganos contenidos en la cavidad torácica.** Como la funcion pulmonar es nula en el feto, parece que el órgano que la desempeña debiera hallarse en esta época al abrigo de las enfermedades que más tarde lo pueden afectar. Nada de esto sucede; pues aparte de las alteraciones de origen sifilítico que acabamos de estudiar, parece evidente que pueden desarrollarse pulmonías lobulares. Cruveilhier, en su *Anatomía patológica*, ha descrito y representado casos en los que se observaron todos los grados de la enfermedad, desde la simple congestión hasta la supuración. Vernois ha observado otros semejantes, y entre los señalados por Husson, Baron, Billard, los hay que se refieren igualmente á la pneumonía simple del feto. Creo inútil insistir acerca de la gravedad de semejante estado y los obstáculos que opone á la continuacion de la vida intrauterina. El epiteloma de los pulmones, del que ha poco nos ocupamos, acaso se pueda tambien manifestar en el feto exento de sífilis; y los autores que primeramente han dado á conocer esta afección, vacilan por lo menos en considerarla como síntoma de la sífilis fetal.

El enfisema pulmonar señalado por Hecker no puede ser admitido sino como un fenómeno de descomposicion cadavérica.

Es de todo punto imposible admitir el enfisema en el feto, como se entiende en el adulto, en un pulmon que jamás ha respirado.

En las observaciones de Simpson se hallan dos relativas á fetos atacados de pleuresía. Coincidía con una peritonitis.

El hidrotorax es muy raro. En mi tesis de agregación no he podido dar cuenta más que de dos casos observados por Hohl y por Gottel. Muchos autores hablan de él, pero no parecen haberle visto.

Tambien se han designado casos de tubérculos pulmonares, pero los individuos atacados por dicha diátesis presentaban igualmente tubérculos en otras regiones.

**Enfermedades de los órganos contenidos en el abdomen.** **PERITONITIS.**—Simpson cree que la peritonitis es una de las causas más frecuentes de la muerte del feto, y apoya su opinion en unos veinte ejemplos, en los que se han encontrado falsas membranas, pus, ó adherencias del peritoneo con el intestino. En gran número de casos la madre disfrutaba de cabal salud, y únicamente las fatigas ó una caída eran las causas á que se podía atribuir. Cita ademas la particularidad de un embarazo gemelo que dió por resultado el nacimiento de un niño vivo y la expulsion de otro muerto, que presentaba indicios de peritonitis. Bi-

llard, Dugès, Lorain y Wirchow tambien refieren ejemplos de esta afeccion.

La peritonitis puede ser consecutiva á las enfermedades del hígado, como lo prueban los hechos publicados por Gubler y Friedleben.

**ASCITIS.** — En la mayor parte de los casos es difícil reconocer bajo qué causa se desarrolla la ascitis en el feto. Probablemente serán las mismas que en el adulto, pero las alteraciones cadávericas impiden el que sean reconocidas. Es notable, sin embargo, que las enfermedades que interrumpen la funcion de la glándula hepática no determinen en el feto la ascitis como la producen en el adulto.

Las observaciones de esta enfermedad en el producto de la concepcion son bastante numerosas y coinciden generalmente con la hidropesía del amnios.

**AFECCIONES DEL HÍGADO.** — Con el nombre de cirrosis y de alteracion amarilla del hígado en el feto, Friedleben ha descrito una enfermedad bastante análoga á la que se observa en el adulto, y distinta de la alteracion sifilítica señalada por Gubler.

La glándula, flácida y encogida en todas sus dimensiones, principalmente en su grueso, está salpicada de estrías amarillentas, sólidas, como fibrosas, formando circunvoluciones y diversos dibujos. El tejido comprendido entre éstas estrías era de un color moreno oscuro, sin sangre, sin granulaciones, duro, y no conservaba la impresion del dedo. En un caso había una peritonitis concomitante y el bazo estaba blandujo.

Næggerath refiere un caso curioso de hipertrofia enorme del hígado de un feto. La glándula medía veintiun centímetros de alto por diez y seis de ancho ; su forma no había cambiado ; en algunos puntos se reconocía el tejido normal del órgano, pero generalmente estaba reemplazado por una masa heteromorfa parecida á la sustancia gris del encéfalo.

**BAZO.** — Charcot asistió al parto de una mujer, cuyo hijo, de ocho meses, y muerto casi al nacer, tenía una rotura del bazo de tres centímetros de extension, conteniendo el abdomen gran cantidad de sangre derramada. El parto había sido normal ; el feto presentaba un pénfigo de las extremidades. La madre, que no tenía señal alguna de padecimiento sifilítico, había sufrido dos violentas caídas en los últimos meses de su embarazo. Charcot no halla en esto suficiente explicacion para la lesion del bazo, y no sabe á qué atribuirlo. Petit Mangin refiere un caso interesante de hipertrofia enorme del bazo complicada con una ascitis considerable.

**RIÑONES.** — Las lesiones funcionales de los riñones del feto aun no se han estudiado ; solamente se han visto algunos casos de vicios de conformacion ó de alteraciones morbosas de estas glándulas. Chevance ha tenido ocasion de observar un feto cuyos riñones pesaban 1.000 gramos.

Con el nombre de hidátides del riñón y de hidropesía renal, Bouchacourt ha descrito dos afecciones distintas, que se han confundido en una sola. En la primera, el tejido del órgano está distendido por hidátides, y cita dos ejemplos. En la segunda, una obliteración del uréter obliga á la orina á permanecer en la pelvis renal; la sustancia cortical se atrofia y el riñón distendido adquiere la forma vesiculosa; cuatro son las observaciones que comprueban esta variedad. Oesterlen, por su parte, expone seis ejemplos de desarrollo extraordinario de riñones de fetos.

Virchow ha observado varias veces la degeneración de los riñones, y, cosa notable, se ha presentado dicha lesión en varios hijos de la misma madre.

**VEJIGA.** — Ya hemos hablado de la distensión de la vejiga del feto, coincidiendo con una imperforación de la uretra, y á veces con una ascitis. La mayor parte de estos hechos se refieren á monstruos. Tendremos ocasión de volver á tratar este punto cuando nos ocupemos de la distocia fetal. También se ha observado otro vicio de conformación de la vejiga constituido por la extrofia.

**ESTÓMAGO.** — Carteaux ha podido observar en el estómago de un niño de todo tiempo unas ulceraciones que interesaban las tunicas media é interna de dicha víscera. El órgano estaba distendido por enormes coágulos sanguíneos. Charcot ha visto una lesión análoga en un niño de cinco meses que murió á consecuencia de la viruela. Billard da cuenta de un hecho análogo, en el que además la inflamación había invadido el tubo intestinal.

**UTERO.** — Aparte de los vicios de conformación de los órganos genitales, de los que aquí no me ocuparé, pueden observarse alteraciones producidas, al parecer, por un trabajo inflamatorio. Giraldes ha presentado á la Sociedad de Biología el útero de una niña de todo tiempo, cuyo cuello estaba hipertrofiado y la mucosa rojiza, desprovista de su epitelio, en cuyo punto existía una verdadera abrasión.

**TESTÍCULOS.** — Con bastante frecuencia se observa el hidrocele en el feto.

**Pared abdominal.** La ciencia cuenta algunos casos de eventración debida á la falta de desarrollo de las paredes del abdomen. Las vísceras de esta región, como no están contenidas por un plano resistente, forman una hernia enorme encerrada en un saco transparente constituido por la cubierta del cordón, es decir, por el amnios.

La suspensión del desarrollo tiene una extensión variable, pero existe un límite perfectamente distinto y visible en el punto en que la piel acaba y empieza el saco de esta hernia. Además de los hechos de esta naturaleza citados por Berthelot, Depaul, Earle, Goirand, Lacroix, Loves, Mayne, Schæfie, Saxtorph, Sorbats, Wedle, Velpeau, etc., yo he observado uno en la

clientela de un discípulo mio que me llamó con este propósito. El hígado y todos los intestinos estaban contenidos en la hernia, que era enorme. La falta de desarrollo de la pared abdominal tenía próximamente doce centímetros de diámetro.

Esta lesion, si bien no pone obstáculo á la continuacion de la vida intrauterina, es activamente mortal despues del nacimiento; porque entonces la membrana amniótica se mortifica en la época de la caída del cordon, el peritoneo y los intestinos quedan al descubierto, y el niño sucumbe. En el caso por mí observado, mi pronóstico se cumplió desgraciadamente al cuarto dia. La muerte del niño es tanto más inevitable cuanto más extensa es la falta de desarrollo de la pared abdominal.

Existe un caso raro, citado por Goirand, en el que el niño llegó á vivir dos meses y medio. Debajo de la membrana mortificada se estableció la supuracion, despues aparecieron mamezones carnosos, el trabajo de cicatrizacion reducía progresivamente la hernia, y la solucion de continuidad no tenía ya más que la extension de una moneda de dos pesetas, cuando el enfermito sucumbió á consecuencia de la peritonitis.

Haremos mencion solamente de las hernias umbilicales, que con tanta frecuencia se observan en el momento del nacimiento. El mecanismo de su produccion no es el mismo que el de la lesion que acabamos de estudiar. En este caso no hay falta de organizacion ó desarrollo, sino que el intestino no ha penetrado en el abdomen por la falta de torsion del cordon umbilical, y el anillo se encuentra más dilatado que de ordinario.

**Imperforacion del esófago.** Este vicio de conformacion no es absolutamente raro. Gernet, Levy, Millet, Pagenstecher, Schœller, Furner, Hubert, Masson, citan ejemplos de él: yo he tenido ocasion de observar uno en la clínica. El esófago puede estar obliterado en un punto de su extension, terminando en un fondo de saco; puede estar transformado en un cilindro macizo ó en un cordon fibroso de variable longitud; por último, á veces comunica directamente con la tráquea. Generalmente estas anomalías coexisten con otros vicios de conformacion.

**Imperforacion del ano, del intestino y de la uretra.** De esta última lesion ya hemos citado algunos casos al ocuparnos de la embriología. En cuanto á la imperforacion del ano y del intestino, son afecciones demasiado conocidas y tienen poca importancia en la vida fetal, razon por la que no hacemos de ellas más que una simple mencion.

**Hidrocefalo.** Ignoramos cuáles sean las causas precisas del hidrocefalo, siendo bastante difícil determinar si las lesiones cerebrales que se observan en el feto son la consecuencia ó la causa del derrame. Esta enfermedad, bastante rara, produce á menudo la muerte del feto, y muchas veces se complica con el hidrorráquis. Los huesos pocas veces conservan su grueso normal; las más están adelgazados, flexibles y transparentes; su textura está



alterada, siendo más porosos que en el estado normal. Las comisuras, muy anchas, están ocupadas por membranas que contienen algunas veces huesos wormianos.

El pronóstico del hidrocéfalo durante la vida intrauterina es de los más graves, puesto que muchas veces determina la muerte del feto.

**Hidrorraquis.** El hidrorraquis reconoce por causa una division de la columna vertebral en su parte posterior. Por esta solution de continuidad, la médula ó sus cubiertas, distendidas por el agua, forman hernia por debajo de los tegumentos. Ordinariamente estos tumores suelen presentarse en la inmediacion de los lomos y llegar á contener una gran cantidad de líquido.

El hidrorraquis no es en general una causa de muerte para el feto; sin embargo, por su mucho volumen puede llegar á ser un obstáculo para que el parto se verifique.

**Hipertrofia del cerebro.** Munchmeyer ha descrito esta enfermedad, caracterizada por el aumento de volumen y peso de la masa cerebral sin alteracion de sustancia y sin complicacion de productos morbosos. La cabeza tiene mayor volumen que en el estado normal, las eminencias parietales están muy manifestas, y los huesos frontales muy prominentes por encima de la raíz de la nariz. Las observaciones de Burnet, Hufeland y Simss prueban que esta afeccion puede ser frecuente y confundirse con el hidrocéfalo.

**Encondroma cefálico.** Henningue y Wagner han mencionado un caso de tumores craneales en un feto que nació muerto. Estaban constituidos por tejidos fibrosos, celulares, cartilaginosos y por sustancia ósea.

**Hemorragias cerebrales.** Gibb ha observado en un feto recién nacido una contractura de los miembros del lado izquierdo, que no pudo poner en extension sino rompiendo los tendones de los flexores. Al hacer la autopsia halló un coágulo antiguo en el hemisferio derecho. El parietal correspondiente estaba denudado y presentaba un extenso equímosis. La madre, tres meses antes del parto, había recibido un violento golpe en la region abdominal, á cuyo accidente atribuye Gibb la lesion observada en el feto.

A. Bérard encontró en el cerebro de un feto de ocho meses y medio un coágulo voluminoso. Ollivier (d'Angers), en un feto de seis meses, ha visto un coágulo de sangre en uno de los ventrículos laterales. No había señales de violencia.

**Tumores de la médula espinal.** Depaul ha observado en un feto un tumor en la region sacro-coccígea del volumen de un huevo de gallina, y que se prolongaba dentro de la pelvis. Robin, que parece ha visto otros casos, ha reconocido que este tumor estaba constituido por una hipergénesis de los elementos de la sustancia gris de la médula.

Rayer y Ball han podido apreciar en un feto de seis meses un



tumor del volumen de la cabeza de un niño de todo tiempo implantado en la misma region. Estaba, como el precedente, formado por una hipergenesis, sin modificacion histológica de los elementos de la sustancia gris (myelocytos).

**Convulsiones.** El feto, durante la vida intrauterina, puede padecer convulsiones. Las contracturas musculares que presenta al nacer suelen ser debidas generalmente á accesos convulsivos, cuya causa no siempre es apreciable.

Por la influencia de los accesos eclámpsicos de la madre, el feto sucumbe las más veces por asfixia; pero tambien puede ser atacado de verdaderas convulsiones. Cazeaux y Prestat han visto en estas circunstancias á los fetos nacer llenos de contracturas y sucumbir en seguida á consecuencia de un nuevo acceso de eclampsia.

**Fiebre intermitente.** Schuzig, Hoffmann, Russel, Deubel y Simpson han comprobado que el feto puede padecer fiebres intermitentes, cuando la madre se halla bajo la influencia de tenaces accesos de una fiebre típica. Tambien en estos casos se ha visto persistir la enfermedad despues del nacimiento. Desormeaux cita el caso de una mujer embarazada de seis á siete meses que contrajo una intermitente de tipo cuartanario: cuando iba á tener un acceso los movimientos del feto eran tumultuosos, presentando éste despues de su nacimiento los síntomas inherentes á las cuartanas. Aunque estos hechos son poco numerosos, me parecen incontestables.

**Zona.** Cooke ha visto en un feto un zoster que tenía el mismo aspecto que el del adulto.

**Kirronosis.** Lobstein ha descrito con el nombre de kirronosis (enfermedad amarilla) una afeccion singular, caracterizada por la coloracion amarilla de todas las serosas, del cerebro, de la médula espinal y del gran simpático, el cual formaba dos líneas amarillas á los lados de la columna vertebral. En otro caso, los pulmones tambien estaban manchados del mismo color, el hígado no parecía estar alterado y la piel conservaba su tinte anormal.

Dicho autor ha observado seis veces esta enfermedad, cuya causa y naturaleza me parece que no ha conocido aún, y digo esto, porque las explicaciones que da en su Memoria no son de todo punto convincentes.

Doutrepont habla de una observacion muy semejante relativa á un feto que nació muerto y cuya autopsia practicó.

**Intoxicacion saturnina.** Constantino Paul ha estudiado, bajo el punto de vista del embarazo, la accion desastrosa de la intoxicacion saturnina en la mujer.

Es una de las más poderosas causas de muerte del feto, que es envenenado en la cavidad uterina por el agente plúmbico. De 141 embarazos en estas circunstancias, el autor ha contado 82 abortos, 4 partos prematuros y 5 niños muertos. Los niños que llegaron á nacer vivos parecían llevar consigo el germen de la

muerte. Si se cuenta los que sobrevivieron, se ve que fallecieron 20 en el curso del primer año, 8 en el segundo, 7 en el tercero. En otros 24 niños sólo 10 pasaron del tercer año.

**Escrófulas.** Es probable que dicha diátesis no respete al feto; sin embargo, la única manifestacion evidente que observamos de su accion durante la vida intrauterina está caracterizada por los tumores blancos y las luxaciones espontáneas de que ya nos hemos ocupado. Ehler, habiendo encontrado tumefactas las glándulas mesentéricas de un feto, lo atribuyó á la escrófula, aunque los padres no presentaban la menor señal de haber padecido ó tener en la actualidad dicha enfermedad. Este carácter aislado nos parece insuficiente. Es muy probable que una diátesis escrofulosa muy marcada en los padres tenga gran influencia en la salud de los hijos; pero hasta el presente no se han podido comprobar huellas hereditarias, y aun en los casos de tumores blancos ó de luxaciones espontáneas, el estado de sus progenitores nada nos ha dicho.

**Bocio.** Simpson, en su Memoria sobre el bocio congénito, cita algunas observaciones de esta afeccion. En el caso por él observado en un niño que murió poco despues de nacer, el tumor estaba constituido por los elementos hipertrofiados del cuerpo tiróideo, que tenía el volumen de un huevo y rodeaba y comprimía á la vez la tráquea. Cita ademas cuatro hechos parecidos, tomados de Godelle, Weber, Keiller y Francus. Este último autor considera el bocio congénito, que algunas veces se presenta hereditario, como una manifestacion de la escrófula.

Spiegelberg ha observado igualmente tres casos de bocio congénito, y Betz ha publicado una Memoria sobre este punto de la patología fetal, considerando que la afeccion es mucho más frecuente de lo que se cree.

Simpson, en la obra que acaba de citar, da cuenta de otros tumores de la region cervical, cuya naturaleza, mal determinada algunas veces, ha producido errores de diagnóstico. Menciona unos tumores descritos por Meckel, Otto y otros patólogos, como quistes del tejido celular, situados en la region posterior del cuello, y que son notables por una division central que tienen, la cual los separa en dos lóbulos laterales simétricos. Estos tumores se han equivocado algunas veces con la espina bífida.

Hay otros tumores de las regiones anterior y laterales de la region cervical, denominados hidroceles congénitos del cuello, constituidos por la reunion de dos ó tres quistes serosos que aumentan de volumen despues del nacimiento, y cuyo tratamiento puede ser la puncion y la inyeccion iodada.

**Tumores de la boca.** P. Dubois ha podido observar la existencia de un tumor sublingual en un recién nacido. No estaba situado en el plano bucal, sino en la cara inferior de la lengua, y lo consideró como una especie de ránula. Bourdel ha extraído del conducto de Warton, en un niño recién nacido, un cálculo

salival, compuesto de fosfato de cal mezclado con el moco de la saliva.

Stoltz publicó un caso de ránula en el feto. Por último, Simpson habla de casos análogos sin acompañarlos de ninguna observación.

Rinvilliers ha extirpado en un recién nacido un tumor fibrocelular, implantado en el borde alveolar del maxilar superior, que era lo suficiente voluminoso para obturar completamente la boca del niño.

**Tumores diversos.** En el feto se ven algunas veces tumores de diversa naturaleza, tales como encefalocelos, inclusiones parasitarias, quistes serosos, etc., que suelen ocupar diversos puntos de la superficie externa del niño. En mi tesis de agregación he dado cuenta de unos veinte ejemplos, siendo algunos de los tumores tan voluminosos, que opusieron obstáculo á la terminación del parto.

**Abscesos subcutáneos.** Ollivier (d'Angers) ha hecho la autopsia á un feto de tres meses, que tenía en la region anterior del cuello un flemon que se extendía desde la base de la mandíbula inferior hasta la articulación externo-clavicular derecha. El pus de este absceso era blanquecino y cremoso.

Yo he asistido al parto de una señora, cuyo niño, de todo tiempo, presentaba al nacer un absceso subcutáneo situado en la parte media y externa del brazo izquierdo. No pudo encontrarse causa alguna que explicara esta lesión, que se curó rápidamente despues de la evacuación del pus. El niño, aparte de esto, era vigoroso y sano.

**Monstruosidades y vicios de conformación.** No hemos creído conveniente comprender en el estudio de la patología del feto las lesiones de desarrollo, que sólo constituyen simples anomalías, porque daríamos á la obra una extensión demasiado considerable.

## PATOLOGIA DE LOS ANEXOS DEL FETO.

### PLACENTA.

Las alteraciones de la placenta no pasaron desapercibidas á los autores antiguos, pero la manera de considerarlas difiere demasiado de la nuestra para que nos puedan ilustrar gran cosa con sus observaciones. Los conocimientos que poseemos respecto á este punto de patología son modernos, y si bien entre ellos no hay una gran armonía, tenemos, por lo menos, datos suficientes para hacer una exacta descripción de las enfermedades de la placenta.

**Placentitis.** La historia de la placentitis no deja de ser curiosa.

Los autores que la han descrito han reunido los diversos casos de alteraciones de este órgano, designándolos bajo el nombre de

inflamaciones, siendo generalmente, por el contrario, la lesion de una naturaleza completamente diferente. Despues, sirviéndoles de base estas mismas observaciones, han dado un estudio completo de la enfermedad.

Conviene no perder de vista que el tejido de la placenta tiene una textura de todo punto especial, en el que de ningun modo se pueden apreciar los primeros grados de la inflamacion (congestion y derrame de linfa plástica). Su consistencia y coloracion varían segun la mayor ó menor cantidad de sangre que contiene, y las induraciones que suele presentar pertenecen á otros tantos diferentes estados morbosos que despues estudiaremos. La presencia del pus es el único signo que se puede aceptar como característico de la inflamacion.

De las observaciones publicadas de placentitis, que ascienden á unas veinte, sólo en tres he visto que se haga mencion de colecciones purulentas. Estas tres pertenecen á Brachet, lo que me parece mucho para un solo observador, y dos de ellas relativas á la misma mujer. Una de las placentas tenía dos abscesos del volumen de un huevo de paloma; en el embarazo siguiente el órgano expulsado contenía más de un vaso lleno de una materia purulenta mezclada con sangre. La tercera observacion es relativa á otra placenta patológica voluminosa, llena de abolladuras, que presentaba puntos de hepatizacion roja, y contenía ademas catorce abscesos de volumen variable.

Breschet y Outrepont han citado dos casos de esta naturaleza; Cruveilhier tambien habla de la infiltracion purulenta de la placenta. Dance ha observado la presencia de pus y falsas membranas en la mucosa útero-placentaria; pero nosotros sabemos que esta membrana pertenece al útero y no á la placenta.

Las lesiones de esta naturaleza son demasiado raras para que se pueda precisar tan claramente su significacion. No entra de ningun modo en nuestro ánimo la idea de negar la placentitis, porque la inflamacion se puede presentar en el indicado órgano lo mismo que en otro cualquiera, pero me parece prudente examinar las pruebas que se alegan.

Antes de los trabajos de Dubois, Depaul y Gubler acerca de los focos purulentos del timo, de los pulmones y del hígado, se hubieran aceptado estas lesiones como simples inflamaciones, y ahora se sabe que pertenecen á la sífilis. ¿No pudiera suceder que los abscesos de la placenta reconocieran un origen semejante? Hace falta que se hagan investigaciones bajo este punto de vista, y hasta que esto suceda y las dudas se aclaren, no se podrá formar un juicio exacto, pues hoy por hoy, los elementos de conviccion son incompletos.

Lo que más nos hace vacilar en esta cuestion es ver la gran facilidad con que Brachet, Simpson y Demonteuil, que han descrito la enfermedad, aceptan como síntomas de inflamacion diversos estados morbosos, que no es posible colocar en esta cate-

goría, tales como las adherencias anómalas, las induraciones, las degeneraciones escirrosas y lardáceas de los antiguos, las hipertrofías, la *hepatización roja ó gris*, la apoplejía, etc., que son para ellos otros tantos fenómenos de la placentitis.

Por último, añadiremos que con estas incoherentes observaciones han trazado un cuadro tan completo de la enfermedad, como puede estarlo el de la mejor estudiada. Júzguese por lo que sigue :

*Síntomas correspondientes á la madre.* — Plétora local y general, sensación de peso en los riñones y en el bajo vientre amagos de aborto, flujo sanguíneo por la vagina, dolor vivo al nivel de la inserción de la placenta, fiebre con su correspondiente escalofrío, inapetencia, enflaquecimiento, etc.; disuria con escozor considerable.

Cuando se quiere comprobar la realidad de estos síntomas entresecados de las observaciones, no hallamos más fenómenos constantes que el dolor de riñones acompañado de los amagos de aborto.

Hay que reconocer que estas inexactitudes no son capaces de inspirar una confianza ilimitada. De la adherencia anormal de la placenta se ha hecho un signo concluyente de placentitis, y sin embargo, en los casos en que se observa no existe ninguna anomalía en la textura del órgano, y en aquellos casos en que se presentan abscesos, es decir, cuando la inflamación parece mejor demostrada, no se han hallado las adherencias anormales.

En la anatomía patológica se distinguen tres grados de la enfermedad : 1.º período congestivo ; 2.º derrame de linfa plástica ; 3.º derrame de pus ó induración crónica limitado á uno ó varios lóbulos, ó invadiendo la totalidad del órgano.

Si se tratara de otro órgano cualquiera, el indicar sólo estas lesiones sería bastante para que se las comprendiera; pero al hacerlo de la placenta, cuya textura es tan especial, convendría, por lo menos, describir las alteraciones de una manera más exacta y determinada que puede hacerse por una sencilla mención. Porque si es cierto que la placenta se puede congestionar, hepatizar, ó ser el asiento de un derrame de linfa plástica, convendría describir minuciosamente estas lesiones para que quedara demostrada la realidad de su existencia.

Los autores que dejo citados no hacen con menos detalles el estudio de las causas, del diagnóstico, del pronóstico, de la influencia de la enfermedad de la madre y en el feto, y hasta del tratamiento.

Esta patología, en la que la inspiración y la suposición entran por más que el severo exámen, no se capta mis simpatías. Con ideas preconcebidas y con la interpretación superficial de los hechos sólo se consigue tergiversar éstos y deducir conclusiones erróneas.

El trabajo de Brachet es el que ha servido de punto de partida



para el estudio de la placentitis, de la que, por su parte, cita nueve ejemplos. Posteriormente á su Memoria se han añadido comentarios y razonamientos, pero ni una sola prueba.

En resumen, yo acepto la posibilidad de la placentitis; pero fuera de los casos en que se ha comprobado la existencia de pus, los demas no prueban absolutamente nada en favor de dicho fenómeno patológico, y la ciencia exige trabajos más exactos que los que se han publicado, para que la verdad se establezca clara y definitivamente.

**Adherencia anormal de la placenta.** Se han considerado como causas ocasionales de esta lesion las caidas, y principalmente los golpes y demas actos violentos que vienen á recaer sobre el vientre de la mujer embarazada. Si en algunos casos este modo de ver parece justificado, lo comun es que no se encuentre nada de esto en los antecedentes de la mujer que permita generalizarlas. Más tendencia hay á considerar las inflamaciones placentarias como causa de adherencias. Morderet, en una buena Memoria acerca de este punto, examina gran número de observaciones, y concluye diciendo que la inflamacion no entra por nada en este fenómeno morboso, y que carece de la importancia que se le ha atribuido. La placenta, que ha estado adherida, no presenta generalmente ninguna lesion de estructura, ninguna señal evidente de un trabajo inflamatorio.

La hemorragia, que igualmente se ha designado como causa posible de adherencia, no da una explicacion más satisfactoria. Es difícil admitir que el coágulo, al reabsorberse, constituya un poderoso medio de union; es lo más probable que ocurra lo contrario, porque se comprende mejor el desprendimiento que la adherencia demasiado íntima en estas circunstancias.

Las diversas degeneraciones de la placenta disminuyen los medios de union en los puntos afectados; hé aquí lo que la experiencia nos enseña; y si la alteracion es extensa, la expulsion de la placenta se verifica con más facilidad aún que en los casos normales.

A falta de lesiones anatómicas que nos expliquen la anomalía que estudiamos, me parece que sencillamente la podemos atribuir á una exageracion del estado fisiológico.

Los medios que unen la placenta al útero tienen una resistencia muy variable. Hay algunos que se rompen parcialmente durante el embarazo por la influencia de causas inapreciables ó insignificantes; éstos son la antítesis de la íntima adherencia. Hoy por hoy, no es posible determinar y explicar la falta ó exceso de esta disposicion. Si hacemos el estudio de la mucosa utero-placentaria, cuyo epitelium penetra en el intervalo de todas las vellosidades, se comprende que un ligero cambio en su constitucion puede ocasionar modificaciones importantes en el grado de íntima union de la placenta con el útero.

Es imposible, durante el embarazo, prever una adherencia



anormal, que lo mismo puede reducirse á una porcion limitada que á toda la extension de la superficie placentaria. Cualquiera que ella sea, el desarrollo y nutricion del feto en nada se entorpece, y esto es una razon más para creer que el accidente de que nos ocupamos no reconoce como causa ocasional una alteracion morbosa.

**Hemorragia placentaria.** Sólo hablaremos aquí de la sangre que se derrama en la placenta ó en su cara uterina (apoplejía utero-placentaria), toda vez que los flujos que se manifiestan al exterior se examinarán en el capítulo destinado á las hemorragias.

Hoy, mejor que antiguamente, se pueden apreciar las causas de las hemorragias placentarias. Las ideas inexactas que se tenían acerca de la estructura de la placenta y de la formacion de los senos uterinos hicieron dar explicaciones del fenómeno, que, á mi entender, se deben modificar.

Los focos hemorrágicos se pueden presentar en dos puntos distintos : 1.º En la mucosa utero-placentaria ; 2.º en la sustancia de la placenta. Examinaremos primeramente las hemorragias que se establecen en la mucosa utero-placentaria.

Ya vimos que los senos uterinos se forman por la coalescencia de los capilares de la region en que la placenta se desarrolla. Esta fusion tan notable de los vasos, que se unen entre sí, y la destruccion parcial de sus primitivas paredes, me parece que explican de una manera bien lógica la posibilidad de un derrame de sangre accidental, suficientemente abundante para que se reparta entre las superficies uterina y placentaria. Si la solucion de continuidad es algo considerable, la presion del líquido puede determinar desprendimientos de alguna extension y penetrar entonces la hemorragia hasta las anfractuosidades placentarias, ó abrirse paso al exterior.

Creo que es inútil insistir más en el mecanismo de estas hemorragias, porque se comprende fácilmente la variedad de los depósitos sanguíneos debidos á esta causa. En apoyo de la teoría que formulo, haré notar que las hemorragias del embarazo se manifiestan principalmente en el período en que la circulacion placentaria se halla en vías de evolucion ; es decir, durante la formacion de los senos.

Me parece que esta explicacion es más satisfactoria que la dada por Jacquemier, que atribuía estas hemorragias á la rotura de los vasos utero-placentarios. Ya he dicho que estos vasos no existen siempre, sino como rara anomalia, pero aun así no se comprende la razon de su rotura, limitada en cierto modo á los primeros meses de la gestacion.

Ahora expondré, tal como las comprendo, las apoplejías cuyo asiento primitivo es la sustancia de la placenta. No puede sorprenderse á la naturaleza durante este fenómeno, y como en el anterior, tenemos que recurrir á las hipótesis, que pueden ser más ó menos verosímiles.

Estas hemorragias se verifican tambien en los capilares, pero como los de la placenta, se libran de la coalescencia, el mecanismo de su lesion es diferente. El cambio de lugar y de extension á que están sometidos en su evolucion los capilares de la placenta, deja comprender las roturas que éstos pueden experimentar. Ya hemos indicado de qué modo los capilares del tejido placentario cambiaban de sitio y direccion durante el crecimiento del órgano. Al principio son cortos, poco subdivididos y ocupan un plano uniforme, subyacente al de los troncos gruesos. Segun van creciendo, las vellosidades se hacen más ramosas, se entrelazan de una manera complicadísima, y los capilares siguen este mismo movimiento de desarrollo. Simultáneamente experimentan un cambio de lugar en extremo notable, que se verifica por haberse modificado las relaciones primitivas que existían entre ellos y los gruesos troncos vasculares. Estos últimos, al principio superficiales, penetran pronto en la masa placentaria, cuyo movimiento se efectúa sin producir distensiones casi inevitables, que pueden llegar á determinar la rotura, porque los capilares están ya envueltos por la materia amorfa procedente de la mucosa uterina, la cual penetra hasta la membrana laminosa.

Este cambio de sitio prosigue hasta el momento en que el órgano llega á adquirir su completo desarrollo; es decir, hasta una época muy avanzada del embarazo.

Es posible que exista una enfermedad de los capilares que sea otra causa de hemorragia, ademas de la que acabo de exponer. La patología de estos finísimos vasos está muy poco conocida, y pudiera suceder que en la placenta fueran atacados de una lesion especial, todavia indeterminada. Lo que me hace emitir esta hipótesis es el observar la rareza con que suele presentarse la apoplejía de la placenta y las frecuentes veces que percibimos los focos hemorrágicos en una misma, de tal manera numerosos, que se halla uno dispuesto á invocar una causa patológica especial que explique su multiplicidad.

Sea el que quiera el punto de partida, las lesiones hemorrágicas suelen ser exactamente las mismas; pero la cantidad de sangre varía en extremo. En los primeros meses del embarazo, el derrame se puede extender á toda la superficie del huevo en forma de capa desigual, enviando prolongaciones á las anfractuosidades ahuecadas por el desprendimiento. Si esta capa es tan considerable que se extienda á la mayor parte de la placenta, la expulsion se hace inevitable; pero cuando los focos son pequeños y limitados, el embarazo puede continuar su curso. Sin embargo, el desarrollo y nutricion del feto experimentan algun entorpecimiento más ó menos grave, segun la extension del derrame.

En general, el flujo sanguíneo es más considerable y difuso cuando proviene de los senos que cuando es debido á los capila-

res de la placenta. En este último caso pueden ser numerosos los focos, pero siempre más reducidos; aislados y circunscritos, se detienen por lo comun en la cara uterina del órgano, sin destruir la capa epitelica que tapiza la matriz.

Bajo este punto de vista existen variedades tan numerosas, que no es posible formular más que generalidades. Basta recordar lo que sucede en un tejido esponjoso invadido por la hemorragia para comprender el aspecto que ofrece la placenta en estas circunstancias. Además del foco principal, pueden existir fenómenos de imbibicion que coloren los tejidos inmediatos sin alterarlos.

El aspecto de los coágulos varía tambien mucho, segun sea antiguo ó reciente el derrame sanguíneo. Algunas veces son negros y tienen la consistencia de una gelatina muy suelta.

En otros casos el coágulo ha experimentado un principio de reabsorcion que le hace tomar un tinte blanquecino en sus bordes, pareciendo hallarse envuelto en una película del mismo color.

Por último, en un período avanzado y en los focos circunscritos, la materia colorante ha desaparecido, y el coágulo adquiere la forma de una placa ó núcleo amarillento ó blanquecino, resistente, que se ha comparado sin razon al tejido escirroso. En estos casos los fenómenos y los resultados de la absorcion son análogos á los que se observan en los tejidos invadidos por una hemorragia. Es muy importante no confundir los coágulos decolorados con otra alteracion que reconoce por causa la invasion del tejido laminoso, de la que en seguida me ocuparé. Varias veces he visto cometer este error, y se admiten demasiado fácilmente como resultados de hemorragia cuantas alteraciones de textura se encuentran en la placenta.

Simpson está muy dispuesto á incurrir en esta confusion, porque considera como debidos á una alteracion de los coágulos sanguíneos los tumores indefinidos, señalados por Morgagni, Albrecht, Murat, Moreau, Granville, Velpeau, etc.

En una misma placenta se pueden observar los coágulos en sus diferentes grados de evolucion, cuando los focos hemorrágicos se han verificado en épocas distintas.

Wildsmith ha visto, á consecuencia de una hemorragia placentaria, roto este órgano en una longitud de dos pulgadas y media.

Cuando el derrame ha determinado un desprendimiento mayor ó menor de la placenta, es casi un hecho fuera de duda que dicho órgano no puede restablecer su primitiva adherencia con el útero.

Como la apoplejía de la placenta no puede ni aun sospecharse durante el embarazo, no da ocasion á tratamiento alguno.

**Degeneracion laminosa de la placenta.** (*Degeneracion grasosa, escirrosa, tuberculosa, induracion de los autores*). — Algunas

veces observamos en la placenta alteraciones constituidas por masas ó placas grisáceas más ó menos extensas, menos rojas y más secas que el resto del órgano. Este tejido, duro y friable, puede ocupar parte de un cotiledon ó extenderse á casi toda la masa placentaria.

En estos casos se verifica naturalmente la muerte del feto, cuya nutricion experimenta un entorpecimiento más ó menos grave, segun sea la lesion. Estas induraciones de que hablamos se suelen presentar especialmente hácia la circunferencia del órgano.

Los antiguos pensaron fuese una degeneracion escirrosa. Más tarde se atribuyó la lesion á una inflamacion placentaria. Todavía es ésta la opinion de Priestley, de Bennett y de Simpson, que clasifica con el nombre de tisis de la placenta casi todas las enfermedades de este órgano. Cowan y algunos autores consideran estas masas induradas como producidas por la fibrina de un coágulo sanguíneo en vía de reabsorcion.

Stein, D'Outrepont, Wilde, Robert Druitt, Kilian y la mayoría de los modernos ven en la lesion que estudiamos una degeneracion grasosa. En efecto, tiene el aspecto de los tejidos infiltrados de grasa, y el examen microscópico da visos de certeza á esta presuncion, puesto que nos demuestra la presencia de granulaciones grasosas. Sin embargo, este no es más que un elemento secundario de la alteracion, que tampoco hallamos constantemente en todos los puntos del tejido alterado.

A nuestro juicio, el que ha dado mejor explicacion ha sido Robin. Ya hemos visto que cuando el huevo se desarrolla en sus condiciones normales, las vellosidades del córion, alejadas del punto de implantacion de la placenta, se obliteran por la penetracion de los elementos laminosos. Por un mecanismo idéntico, las vellosidades placentarias experimentan la degeneracion laminosa que oblitera y destruye los capilares sanguíneos que las animaban.

Cuando aislamos una de estas vellosidades obliteradas (lo que es muy difícil, porque hay entre ellas más íntima adherencia que en el estado normal), se puede, rompiendo la vaina que el córion las suministra, poner al descubierto el filamento laminoso que la rellena, que es más elástico y resiste más á las tracciones que el estuche corial. Vemos entonces que las granulaciones adiposas no son el elemento esencial de la lesion, hallando en el tejido celular que forma la trama del laminoso, elementos fibro-plásticos que sirven para caracterizarla.

La coloracion de las partes alteradas no es siempre exactamente la misma, porque puede ser gris, amarillenta ó blanquecina. Los cotiledones están más alterados por su cara uterina que hácia la membrana laminosa. Cuando el órgano está desprendido, los cotiledones enfermos parecen más voluminosos que los sanos, lo que depende de la salida de la sangre por el cordón

umbilical cortado, que arruga la parte sana de la placenta, y no modifica en nada el volumen y consistencia de aquellas vellosidades, que por efecto de su alteracion se han hecho impermeables al líquido sanguíneo.

**Degeneracion calcárea de la placenta.** En un cotiledon, y tambien en una parte de la placenta, se puede observar la presencia de granos calcáreos, diseminados ó confluentes, á cuya degeneracion se ha dado el nombre de *osificacion de la placenta*; alteracion que puede coincidir con la descrita últimamente, en cuyo caso las granulaciones calcáreas se observan principalmente en la superficie de las vellosidades obliteradas, á las que se adhieren con bastante tenacidad, rodeándolas y haciéndoles perder su forma.

En los autores se hallan gran número de observaciones referentes á la degeneracion calcárea de la placenta. Ruysch, Haller, Buisson, Johnson, Garrisson citan casos, de los que yo tambien he observado, en una placenta que no tenía ninguna otra degeneracion. El estado del feto no indicaba haberse resentido en nada por este estado patológico; las concreciones calcáreas eran bastante numerosas y se hallaban diseminadas, pudiéndolas dividir respecto á su sitio, en grupos distintos. El primero, cuyos elementos eran más numerosos, estaba en el *epitellium* hipertrofiado de la mucosa utero-placentaria, formando placas compactas de cuatro á siete milímetros de diámetro. Su superficie rugosa presentaba cierta resistencia á la presion del dedo. En algunos puntos los elementos calcáreos constituían una especie de enrejado cretáceo, cuyos intersticios estaban vacíos. De su cara profunda partían agujas aisladas de aspecto arborescente, con uno ó dos ramos secundarios. Su longitud total medía cinco ó seis milímetros.

Las concreciones del segundo grupo se hallaban situadas en medio de la masa placentaria, no formando placas, sino agujas parecidas á las que acabo de describir, sin ninguna relacion de continuidad con las acumuladas en la superficie del órgano. Se habían desarrollado en medio del tejido intervelloso, sin otra relacion con las vellosidades que la de contigüidad.

Vemos, pues, que las concreciones de que nos ocupamos se presentan en el *epitellium* de la mucosa y en el tejido intervelloso, que es una prolongacion del anterior; sin que manifiesten señal alguna de elementos óseos, estando constituidas por carbonatos y fosfatos de cal y magnesia.

**Edema de la placenta.** Algunas veces se observa la infiltracion serosa de la placenta, que no debe confundirse con la mola. El edema de la placenta puede determinar la muerte del feto; puede tambien presentarse sin que imposibilite la vida intrauterina, participe ó no el niño de esta infiltracion.

El órgano enfermo está pálido y distendido por la serosidad, sin otra alteracion anatómica. En la clínica he visto una pla-



centa que ofrecía los siguientes caracteres : volumen aumentado, consistencia blanda, más pálida que en su estado normal, y exprimiendo sus vellosidades se hacía salir una serosidad muy clara. El feto, de todo tiempo, estaba igualmente infiltrado y en malísimo estado de salud. Por lo demás, no había ninguna otra alteracion, y la madre se hallaba en buenas condiciones, sin que la investigacion más minuciosa respecto á su pasado nos dejara vislumbrar la causa de este padecimiento.

Simpson ha observado en un caso de esta naturaleza un obstáculo en el trayecto del cordón. Es muy probable que el fenómeno patológico de que nos ocupamos esté determinado las más veces por algun impedimiento al curso de la sangre, situado en cualquier punto del aparato circulatorio, ó por una afeccion renal del feto.

**Degeneracion vesiculosa de la placenta : mola.** La opinion de los que consideraban la degeneracion vesiculosa de la placenta como debida á la presencia de vermes vesiculares (*acefalocistos*) no es hoy sostenible. Después de las investigaciones de Velpeau, confirmadas por numerosos observadores, se sabe en la actualidad que la afeccion está determinada por la alteracion y distension de las vellosidades placentarias por la serosidad. Además, hoy ya se sabe que los hidátides, que no son otra cosa que larvas de ténia, se pueden desarrollar en las cavidades cerradas ó en el espesor de los órganos ; pero nunca en las cavidades tapiadas por una mucosa en comunicacion con el exterior, como sucede á la cavidad uterina.

Por la influencia de un trabajo morbos, cuya causa nos es desconocida, las vellosidades placentarias se llenan de un líquido y adquieren la forma vesiculosa ; sus vasos se obliteran y desaparecen. Estas dilataciones son elipsóideas, transparentes y unidas entre sí por filamentos. El resto de la placenta alterado, forma una masa friable, rojiza y fungosa, de donde parten los pedículos bastante resistentes de las vesiculitas. Estos pedículos á menudo se subdividen, y sus ramificaciones sostienen las vesículas ; unas veces agrupadas alrededor de un eje comun, otras alternas y opuestas, asemejándose á un racimo de uvas. El volumen de las vesículas varía desde algunos milímetros hasta seis centímetros y aun más de diámetro, siendo en ocasiones su número muy considerable. En un caso contó Portal 6.070.

La agregacion de tan gran número de vesículas forma una masa bastante considerable, habiéndose observado molas mayores que la cabeza de un feto de todo tiempo. Su peso guarda relacion con sus dimensiones, y puede llegar á tener el de 1 á 3 kilogramos : Valisnieri dice haber visto una de 8 kilogramos.

Mme. Boivin ha dividido las molas en : 1.º embrionaria, cuando el producto de la concepcion no se ha reabsorbido ; 2.º hueca, cuando el feto ha desaparecido y las membranas no con-



tienen más que el líquido amniótico ; 3.º y último, vesicular en masa, cuando ni el feto ni el líquido existen ya y las paredes del saco amniótico se han soldado entre sí. Entonces las membranas unidas forman con la placenta una masa rojiza y como fungosa.

La mola se adhiere al útero por el intermedio de la caduca, que puede no exfoliarse por completo ó desprenderse sólo en el momento de la expulsion de la masa vesiculosa ; de suerte que la mola, una vez al exterior, puede presentarse con cubierta ó sin ella.

En la ciencia constan varias observaciones de partos consistentes en la expulsion de una mola y de un niño provisto de su placenta normal. Probablemente estos hechos dependerán de embarazos gemelos, en los que uno de los fetos murió y el otro continuó su desarrollo ; pues no comprendo, ni en ningun caso he podido justificar, la opinion que admite la posibilidad de una impregnacion nueva en un útero ocupado ya por una mola.

El origen de la mola vesiculosa, que acabamos de exponer, implica naturalmente la necesidad previa de que antes haya existido relacion sexual ; por lo tanto, la expulsion de una mola vesiculosa es una prueba segura de que la mujer no está virgen.

El diagnóstico de la degeneracion molar de la placenta es imposible las más veces.

Al principio se observan los fenómenos del embarazo ; pero la muerte del embrion ó del feto sobreviene ordinariamente antes que se haya podido reconocer con seguridad su existencia. Indicaré aquí solamente los signos que pueden hacernos presumir esta lesion, aun cuando estén lejos de tener el valor que se les ha querido atribuir ; pues á pesar de que se nos presenten clara y determinadamente, tenemos necesidad de agruparlos para que lleguemos á tener una presuncion. Sin embargo, hay uno que tiene gran valor y que su presencia da certeza á nuestro diagnóstico : éste es la expulsion, que á veces observamos, de algunas vesículas, ya enteras, ya desgarradas, que se presentan al exterior durante un trabajo expulsivo incompleto.

Los signos que nos pueden hacer sospechar la degeneracion molar de la placenta, son los siguientes :

Se comprueban los fenómenos que anuncian una preñez incipiente, pero en la época en que deben presentarse los signos ciertos no lo efectúan. En gran número de casos el crecimiento del útero marcha con más rapidez que en el estado normal. El desarrollo de la mola vesicular es bastante rápido ; pues en casos en que la concepcion no pasaba del tercero ó cuarto mes, se han visto molas de 3 á 4 kilógramos de peso.

El desarrollo del útero puede tambien quedar estacionario ó disminuir sensiblemente, circunstancia que se atribuye á la reabsorcion de una parte del líquido que distendía las vesículas. Se comprende lo notable que tiene que ser este fenómeno para que se pueda apreciar.

Existen con frecuencia flujos sanguíneos ó acuosos, transparentes é inodoros, que se atribuyen á roturas de las vesículas y á desprendimientos parciales que sobrevienen por la influencia de contracciones indolentes. Estos flujos blancos se pueden confundir con la hidrorrea.

Se ha hablado de contracciones regulares que coinciden con un trabajo expulsivo pasajero, que puede llegar hasta determinar un principio de dilatacion del cuello, lo mismo que de la importancia que en este caso podía tener el tacto empleado como elemento de diagnóstico de la afeccion. La sensacion que experimenta el dedo explorador, creo que no se diferenciará gran cosa de la que siente al contacto de las membranas; y por lo tanto, el dato que por este medio obtengamos será de muy poca importancia, á menos que la reunion de los demas signos no nos haya hecho abrigar algunas presunciones.

La gestacion molar termina generalmente del tercero al sexto mes, y entonces se observan los fenómenos que ya hemos descrito en el capítulo que dedicamos al *aborto*. Sin embargo, la expulsion puede no verificarse sino al término normal, ó aun despues de esta fecha. La mola puede romperse y salir en fragmentos ó de una vez.

Cuando las circunstancias hacen inevitable la intervencion, ésta en nada difiere de la que exige el *aborto*.

Con el nombre de mola se han designado igualmente los coágulos sanguíneos y demas productos extraños á la gestacion que se expulsan fuera de la matriz. De estos cuerpos no nos ocuparemos por ahora.

**Hipertrofia de la placenta.** Despues de la muerte del feto, la placenta puede continuar desarrollándose de tal suerte que llegue á duplicar ó á triplicar su volumen. Su textura no presenta alteracion notable; sólo el tejido intervelloso está infiltrado, sus vasos algo aplastados, y la sangre que éstos contienen se asemeja á la de los fetos macerados. Realmente el órgano no ha muerto por completo, parece haber vegetado á expensas únicamente del tejido intervelloso.

**Atrofia de la placenta.** La muerte del feto puede determinar en la placenta un fenómeno contrario al que acabamos de describir. Cesa de crecer ó disminuye de espesor; los vasos, unos disminuyen su calibre y contienen poco líquido, y otros se obliteran por completo. Igualmente se suelen observar atrofas parciales que sobrevienen por influencia de las enfermedades hace poco descritas, tales como los focos apopléticos cuando son numerosos, la degeneracion laminosa y los desprendimientos parciales. Cuando ocupan alguna extension del órgano, dichas lesiones dan por resultado suspender su desarrollo; de modo que resulta una atrofia, aparente cuando se comparan las regiones enfermas con las que han permanecido en su estado fisiológico.

## PATOLOGÍA DEL CORDON UMBILICAL. —

Las enfermedades del cordon son bastantes raras; puede, sin embargo, ser atacado de una inflamacion adhesiva que lo suelde á las partes del feto.

Simpson, tomándolo de Meckel, cita un caso de adherencia anormal del feto al cordon, mediante una cuerda membranosa de seis pulgadas de largo, que, naciendo de la dura-madre, pasaba por una abertura que tenía el occipital. Tambien cita, tomadas del mismo autor y de Wrisberg, dos observaciones de adherencias del cordon con las partes del feto que se hallaban fuertemente estranguladas por circulares. Por último, Haan ha visto un caso de ectopia del corazon que estaba unido al cordon por una pseudo-membrana.

El 5 de Junio de 1866 he presenciado un aborto verificado en el octavo mes de la gestacion, pero cuyo desarrollo indicaba haber sucumbido el nuevo sér hácia los dos meses y medio. En el lado izquierdo presentaba el embrion las lesiones siguientes: una brida en el pliegue del codo impedía la extension completa del brazo; la mano de este miembro no estaba digitada como la derecha. Los dedos del pié izquierdo no habían logrado su completo desarrollo; la garganta del pié la rodeaba un *nudo* del cordon, y la planta estaba adherida á este último. Rompimos esta íntima unión, que era bien tenaz, y puse al pié en libertad; pero los elementos del nudo se habían soldado entre sí, hallándose en cierto modo confundidos en el punto de union de las partes del cordon yustapuesto, de modo que el asa que rodeaba la garganta del pié formaba un círculo pequeño, unido al trayecto de este órgano, que estaba atrofiado en la parte comprendida entre el nudo y el ombligo. Los miembros del lado derecho no presentaban ninguna anomalía. La piel era continua en la region orbitaria, sin que existiera el más ligero indicio de párpados ni de abertura palpebral. Esta pieza la conservo en mi coleccion.

A estos hechos se podría añadir uno señalado por Velpeau. Este eminente profesor ha encontrado varias veces la atrofia del cordon umbilical, cuyos vasos estaban completa ó incompletamente obliterados en diversas épocas de su desarrollo.

Pluskal ha tenido ocasion de observar un cordon voluminoso arrollado sobre sí mismo á quince centímetros de su insercion umbilical, en cuyo punto existía una bolsa varicosa del tamaño de un huevo de gallina, de paredes delgadas, y la que, al romperse espontáneamente, determinó la muerte del feto, que ya era de todo tiempo.

Deneux observó en el espesor del cordon una virola completa, fibrinosa, resultado de un derrame sanguíneo, que estrangulaba y obliteraba los vasos umbilicales en dicho punto.

Dougall nos habla de un caso de aneurisma arterio-venoso que

establecía una comunicacion entre los vasos umbilicales cerca de la extremidad placentaria del cordón.

La division anticipada de los vasos que se dirigen aisladamente á la placenta serpeando sobre las membranas, constituye una predisposicion á su rotura.

Con frecuencia existen nudos en el trayecto del cordón; pero rara vez están apretados de modo que interrumpen la circulacion. Sin embargo, no hay fundamento para negar en absoluto la posibilidad de semejante resultado, puesto que existen casos citados por Hannay, Griève, Germain, Woets, Bili, que habla de cuatro, y Jeanssens, que lo hace de seis. En los hechos expuestos por Bartscher, Hillairet y Chailli, el feto había sido estrangulado por el cordón. Soete ha publicado la observacion singular de un doble nudo formado por los cordones de dos gemelos desarrollados en un mismo saco amniótico. Los niños sobrevivieron.

El exceso de longitud del cordón es peligroso, porque predispone á los nudos y á las circulares. El ser corto en extremo, es sólo perjudicial en el acto del parto.

#### PATOLOGÍA DE LAS MEMBRANAS.

**Caduca.** La caduca, en los dos primeros meses del embarazo puede experimentar una exfoliacion patológica dependiente de causas bastante mal determinadas, pero entre las cuales la más aceptable, al parecer, es la muerte del embrion.

Este fenómeno patológico, señalado por Simpson, ha sido perfectamente estudiado por Raciborsky.

Los síntomas observados son los mismos que se presentan en el aborto; los dolores son muy intensos, y la hemorragia, á veces muy abundante. Esta exfoliacion sólo se ha observado en mujeres que han tenido relaciones sexuales; así es, que la considera como resultado de una fecundacion, á pesar de que en ninguna de las observaciones hasta el día publicadas se haya podido encontrar el menor vestigio de huevo entero ni de sus restos. En un accidente de esta índole acaecido á una señora de mi clientela, he buscado en vano la presencia del embrion en la caduca expulsada.

Parece, pues, que la exfoliacion patológica de la mucosa uterina es consecutiva á la muerte del germen en los primeros días de su llegada á la cavidad de la matriz. La caduca, ya formada, continúa vegetando durante algun tiempo, siendo expulsada más tarde.

La mucosa exfoliada conserva la forma triangular de la cavidad uterina, variando, sin embargo, su diámetro vertical, que es más considerable que el del útero en estado de vacuidad, puesto que llega á medir hasta siete y ocho centímetros. Esto

prueba que el órgano ha continuado desarrollándose durante un tiempo despues de la muerte del embrión.

Tengamos tambien presente que la exfoliacion sólo comprende la mucosa del cuerpo del útero, respetando la del cuello.

Dicha masa piriforme tiene en cada uno de sus tres ángulos una abertura : una corresponde al orificio cervical y las otras dos al orificio de las trompas. La superficie exterior, que estaba en relacion con la cavidad uterina, se presenta roja, tomentosa y erizada de copos blanquicosos.

La superficie interna del saco, cuyas paredes están en contacto, presenta los surcos arborescentes bastante profundos, que se observan en el estado normal en esta cavidad despues de la concepcion. Tambien se percibe un gran número de agujeritos, que son el orificio de las glándulas uterinas.

El examen histológico no ha dejado la menor duda respecto á la naturaleza de estos productos, cuyo aspecto es siempre exactamente el mismo.

Cuando la exfoliacion de la mucosa se verifica por la influencia del aborto de un embrión más desarrollado, su aspecto varía algo ; la placenta se ha implantado sobre la mucosa útero-placentaria, que no se exfolia, y ademas la formacion de la caduca refleja y la alteracion de las glándulas de la mucosa uterina contribuyen á modificar los caracteres que acabamos de bosquejar.

**Córon.** Las alteraciones del córon han sido indicadas por Velpeau y otros autores. Se le ha visto engrosado, opaco y rugoso. Las vellosidades de que está erizada toda su superficie externa en los primeros tiempos del embarazo pueden experimentar la degeneracion vesiculosa, afeccion que ya hemos estudiado en las vellosidades placentarias.

Simpson lo cree susceptible de inflamarse y ser asiento de falsas membranas.

Rouhault ha encontrado derrames serosos entre el córon y el amnios, y se han indicado derrames de sangre entre las membranas.

Dance ha observado la presencia de pus entre el córon y el amnios.

**Amnios.** Es difícil admitir la inflamacion en una membrana tan completamente desprovista de vasos como el amnios. Sin embargo, Jacquemier, tomándolas de Mercier, de Ollivier (d'Angers) y de Brachet, cita tres observaciones que parecen afirmar la existencia de esta lesion. En estos casos, el amnios se hallaba engrosado y recorrido por *vasos capilares*, estando su cara fetal tapizada por una falsa membrana de aspecto tomentoso. En las observaciones de Mercier y de Brachet había la coincidencia de una hidropesía del amnios.

**Hidropesía del amnios.** La hipersecrecion del líquido amniótico es un fenómeno que se ha observado con más frecuencia. La cantidad del derrame oscila entre dos y tres kilógramos ; pero



puede llegar á ser mucho más considerable, pues en un caso referido por Baudelocque, llegó á pesar 15 kilogramos.

Cuando la hidropesía del amnios alcanza grandes proporciones, constituye una causa activa de aborto, porque la exagerada distension determina en el útero contracciones prematuras y la expulsion del feto. También pueden sobrevenir en la madre fenómenos morbosos por parte del aparato respiratorio, de tal modo, que obliguen al práctico á provocar la rotura de las membranas antes de que la gestacion llegue á su término.

La causa de esta secrecion anormal es muy oscura. Para explicarla, se ha apelado á la inflamacion del amnios; pero en un gran número de casos es imposible comprobar su realidad. También se ha hablado de la importancia que en esto pudiera tener la mala conformacion ó el estado morbo del feto. Para combatir esta opinion, basta recordar que el líquido procede exclusivamente de la madre, por más que no es imposible que exista al mismo tiempo en el feto la hidropesía ascitis ó el hidrocéfalo.

Es raro que la hidropesía del amnios empiece antes de los cinco meses. Con frecuencia se desarrolla sin presentar más síntomas que dolores uterinos y una sensacion de peso en la pelvis. El desarrollo del vientre es bastante rápido, por lo general, constituyendo esto un signo de gran importancia bajo el punto de vista del diagnóstico, pues es frecuente observar hácia el quinto ó sexto mes que el volumen del útero es tan grande como á los nueve meses. Su forma no presenta nada de particular.

En los casos en que el feto no sucumbe, nace endeble, lo mismo que cuando una circunstancia cualquiera ha dificultado su desarrollo. También puede suceder que sucumba y no sea expulsado hasta despues de algun tiempo de su muerte.

El hidramnios se presenta con frecuencia en los embarazos dobles. En esta hidropesía, el líquido amniótico no experimenta, al parecer, la menor alteracion ni en su aspecto ni en sus elementos.

El diagnóstico de la hidropesía del amnios es á veces bastante difícil, principalmente cuando coincide, como ocurre algunas ces, con una ascitis de la madre.

En la ascitis que complica el embarazo, la fluctuacion se aprecia fácilmente, siendo más manifiesta en la parte superior del vientre que en la inferior. El líquido cambia de sitio en el decúbito lateral, ocupando las asas intestinales el lugar que aquel antes tenía. Otro de los signos que generalmente se presentan es la infiltracion de la vulva y de las partes genitales. Hay dificultad en limitar el fondo del útero.

En la hidropesía simple del amnios, la fluctuacion es muy oscura, los líquidos no cambian de lugar, el desarrollo del vientre es rápido, y la mujer no presenta los demas síntomas que acompañan á la ascitis.

Cuando al mismo tiempo existen las dos afecciones, es imposible, en la inmensa mayoría de los casos, hacer un diagnóstico

exacto. Otro tanto se puede decir cuando se trata de establecer la diferencia entre la hidropesía del amnios y un embarazo doble, porque puede suceder que uno de los fetos haya sucumbido ó esté cubierto, ó enmascarados sus ruidos cardiacos, por el otro, y entonces la auscultacion nos haga creer en la existencia de un solo feto. Así que, en este caso, podemos suponer una hidropesía del amnios, cuando precisamente se trata de un embarazo doble. Agreguemos á lo dicho que el embarazo de gemelos se puede complicar con la secrecion exagerada del líquido amniótico en una ó en las dos bolsas. Hay, por lo tanto, que ser muy reservado respecto á este punto y formular nuestra opinion con mucha prudencia.

La causa de la hidropesía del amnios es desconocida, y cuantos tratamientos se le han opuesto han sido ineficaces.

Mucho se han ponderado las ventajas que en estas circunstancias tienen las sangrías repetidas; pero á mi ver, los purgantes salinos darían mejores resultados con menos inconvenientes.

Si el desarrollo exagerado del útero produce en la mujer una sofocacion inminente, como á veces ha sucedido, se recurrirá á la puncion de las membranas por el orificio uterino. Se ha dicho que el parto no era la consecuencia inevitable de esta puncion, pero las observaciones citadas para probarlo no me convencen de ningun modo. Por lo tanto, sólo en un caso de absoluta necesidad estaremos autorizados para echar mano de dicho recurso.

**Alteraciones del líquido amniótico.** Se observa á veces que este líquido está turbio y fuertemente teñido por las deyecciones del feto. En casos extremadamente raros se ha notado su fetidez; pero todas estas alteraciones, segun parece, no tienen ninguna influencia en la salud de la criatura.

## DISTOCIA MATERNA.

Dividiré el estudio de la distocia cuya causa reside en el organismo materno, de la manera siguiente:

1.º Deformidades de la pelvis; 2.º obstáculos que dependen del útero; 3.º de la vagina, vulva y periné; 4.º tumores del aparato generador ó desarrollados en su proximidad; 5.º roturas; 6.º hemorragias; 7.º invasion de una enfermedad capaz de dificultar el parto.

**Obstáculos al parto dependientes de la pelvis.**

### VICIOS DE CONFORMACION.

Pocas cuestiones hay, bajo el punto de vista práctico, tan importantes como la de las estrecheces de la pelvis.

Cuando al término del embarazo, las diferencias de longitud

entre los diámetros de la cabeza del feto y los de la pelvis de la madre son considerables, no se puede con frecuencia resolver el problema de mecánica que se presenta, sino por medio de una intervencion grave para la madre y para el hijo. Añadiré que una pequenísima diferencia de más ó de menos en el grado de estrechez puede modificar de una manera importante el modo de intervenir, y aumentar ó disminuir los peligros.

La diversidad en la forma de las pelvis viciadas constituye un grave obstáculo para el estudio exacto, tan necesario, de esta anomalía. El obstáculo es más aparente que real, y si puede criticarse á los autores del último siglo por no haber apreciado con bastante rigor esta causa de distocia, se podría, por el contrario, echar en cara á algunos de los modernos, sobre todo de la escuela alemana, el haber aumentado las dificultades multiplicando los tipos. En efecto, si en vez de reunir en pocos grupos los casos análogos se estudia individualmente cada pelvis deforme, se produce una gran confusion en el ánimo del práctico, sin provecho alguno para el ejercicio de la profesion. Bajo este este concepto puede decirse que Lenoir, al subdividir tanto como lo ha hecho el estudio de los vicios de conformacion, se ha inclinado algo hácia la teoría.

Las diferentes variedades de estrechez pelviana están lejos de presentarse con igual frecuencia, puede decirse que la disminucion del diámetro antero-posterior del estrecho superior constituye la regla, y la excepcion todas las demas deformidades. Acerca de este tipo debemos llamar la atencion, principalmente á causa de su frecuencia, y porque es casi el único del estrecho superior cuyas dimensiones pueden reconocerse con alguna exactitud.

Los vicios de conformacion de la pelvis no constituyen siempre un obstáculo al parto espontáneo, siendo necesario para esto que exista cierta desproporcion entre la cabeza del feto y la longitud de los diámetros pelvianos. Por este motivo es imposible determinar la proporcion de las pelvis viciadas relativamente á las normales, porque en muchos casos en que la deformacion es ligera, pasa desapercibida. No podría establecerse esta proporcion sino para los casos en que se ha reconocido la estrechez y ha habido necesidad de intervenir. Acerca de este punto faltan los datos casi por completo.

Hé aquí los que he podido reunir. Examinando el cuadro de Baudelocque publicado por Boivin, he encontrado que de 20.517 partos, 43 han exigido auxilio á causa de un vicio de conformacion, ó sea 1 por 477. Lachapelle, en 15.632 partos, ha observado 36 veces la estrechez pelviana, ó sea 1 por 434. Como se ve, la proporcion es casi exactamente la misma. Si se examinan los resultados de la práctica inglesa, se encuentra una enorme diferencia, siendo casi doble el número de casos graves. Merri-man, en 1.800 partos, ha practicado siete veces la craneoto-

mía, ó sea el 1 por 257. Bland, en 1.897, ha recurrido ocho veces al mismo procedimiento, ó sea 1 por 237.

Si bien los ingleses se deciden con mucha más facilidad que nosotros al sacrificio del niño, creo que es necesario no ver en estos resultados la expresion de una práctica general. Merriam y Bland, en los cuadros citados, han acudido á la craneotomía en todos los casos de pelvis viciadas. Las aplicaciones de forceps se refieren á hechos de distocia de otra naturaleza.

Para la clasificacion de las pelvis viciadas han tomado los autores diferentes bases. Unos se han fijado en la causa de su alteracion, otros en su forma, y por último, otros en el grado de la estrechez.

Es evidente que, en la mayoría de los casos, la causa de la lesion imprime cierto sello á la deformidad; pero hay acerca de este punto numerosas excepciones, porque pelvis viciadas por el raquitismo presentan con frecuencia el mismo aspecto que aquellas cuya irregularidad se debe á la osteomalacia, si bien las alteraciones son generalmente, en este último caso, mucho más graves.

Respecto al diagnóstico, debemos tener muy en cuenta la causa de la enfermedad; más como para escoger la manera de intervenir se atiende en último resultado á la forma y grado de estrechez de la pelvis, creo preferible hacer de estas circunstancias las bases de una clasificacion casi metódica. He dicho casi, porque las especie patológicas de esta naturaleza no se prestan, como las especies orgánicas, á una clasificacion rigurosamente exacta.

Dividiré estas pelvis en tres grupos:

1.º Pelvis deformes. — Modificaciones en la relacion de sus diámetros.

2.º Pelvis viciosas con regularidad. — Anomalías de capacidad.

3.º Pelvis alteradas por un traumatismo ó por el desarrollo de degeneraciones y de tumores óseos.

#### PELVIS DEFORMES.

##### MODIFICACIONES EN LA RELACION DE SUS DIÁMETROS.

Admitiremos, con P. Dubois, tres tipos principales para esta clase. La estrechez puede recaer: 1.º en el diámetro antero-posterior; ésta es incomparablemente la más comun de todas; 2.º en los diámetros oblicuos, y 3.º en el transversal.

La alteracion de un diámetro lleva consigo, casi necesariamente, la de los demas; combinándose con demasiada frecuencia entre sí un grado mayor ó menor. Exceptuando la pelvis oblicuo-oval, en todos los demas casos sobrevienen las deformaciones á causa del reblandecimiento de los huesos, que en este estado

han sufrido la accion de los músculos, del peso del cuerpo ó de las presiones exteriores, comprendiéndose perfectamente el por qué son atacados varios puntos al mismo tiempo y con intensidad variable. No se debe considerar como rigurosa la division que acabamos de establecer, y que tiene por objeto indicar tan sólo la lesion predominante, haciendo comprender mejor el aspecto de las pelvis deformes.

**Pelvis viciada en su diámetro antero-posterior.** En este caso, el sitio de la lesion está principalmente en el sacro, el cual experimenta deformaciones muy variables. Unas veces está como hundido, la articulacion sacro-vertebral sobresale más, y se adelanta hácia el área del estrecho superior. Esta proyeccion disminuye naturalmente el diámetro antero-posterior del estrecho abdominal en mayor ó menor grado. Otras veces tambien la corvadura de la region lumbar está bastante pronunciada para que la última vértebra forme un promontorio artificial que el dedo explorador puede reconocer.

El sacro experimenta un movimiento de báscula que conduce su vértice hácia atras, y entonces aumenta la longitud del diámetro occipubiano. Sin embargo, no sucede así siempre; en

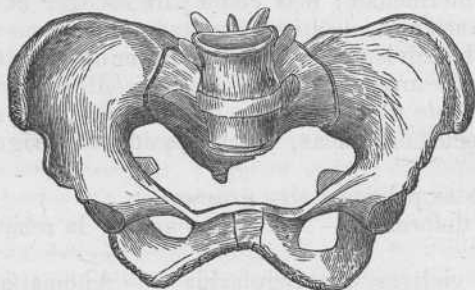


Figura 91.

Pelvis viciada en su diámetro antero-posterior.

algunos casos está exagerada su corvadura natural, y sus dos extremidades dirigidas hácia adelante. De esta anomalía resulta, que aumenta de capacidad la excavacion y disminuye la longitud de los dos diámetros antero-posteriores de los estrechos.

Puede suceder tambien que esté disminuida la corvadura natural del sacro y que sea casi plana su cara anterior, ó que forme una convexidad dirigida hácia delante. En estas circunstancias se comprueba el acortamiento del diámetro antero-posterior de la excavacion.

La proyeccion del ángulo sacro-vertebral no siempre se verifica en la línea media; á veces se desvía hácia la derecha ó la izquierda, existiendo entonces una deformidad en el sentido del diámetro oblicuo que corresponde generalmente al lado de la



desviacion. En casos más graves, la alteracion del diámetro oblicuo puede ser considerable.

Es sumamente raro que la region pubiana contribuya á la estrechez por el hundimiento directo hácia atras de su pared. Cuando existe esta disposicion, es poco notable, dudando Jacquemier de la existencia de las pelvis llamadas en 8 de guarismo, en las que la sínfisis pubiana se dirige hácia atras y el sacro hácia adelante. Sin embargo, con frecuencia esta sínfisis experimenta un desvío en su direccion, inclinándose de arriba abajo y de atras adelante, de un modo más pronunciado que en el estado normal. Rara vez la inclinacion se verifica en sentido opuesto. Hemos visto que el diámetro sacro-subpubiano era próximamente unos 13 milímetros más largo que el sacro-pubiano, pudiendo elevarse la diferencia hasta 20 milímetros y más en las pelvis viciadas, así como es posible tambien que no llegue á 6 milímetros. Esta es una de las dificultades que se oponen á la apreciacion del diámetro verdadero en la estrechez pelviana, teniendo que contentarnos con aproximaciones; porque en la mujer el diámetro sacro-subpubiano es el único del estrecho superior que se puede medir exactamente, pero que no proporciona indicio alguno respecto el grado de inclinacion de la sínfisis.

En algunos casos el diámetro vertical de esta region es más largo que de ordinario, siendo un obstáculo para la expulsion del feto. Es lo que los franceses llaman *la barrure* (1).

P. Dubois parece rechazar la opinion que consiste en admitir que la soldadura del coccix puede tener una influencia notable en la marcha del parto.

En el género de deformacion que estudiamos es muy raro que el arco del pubis sea más estrecho, estando, por el contrario, más separadas generalmente las ramas ascendentes del isquion, lo cual aumenta el diámetro del arco y del estrecho inferior.

Como se ve, la estrechez recae principalmente sobre el diámetro antero-posterior del estrecho abdominal. Sin embargo, cuando la cabeza del feto ha franqueado este estrecho puede todavía tener que luchar con otros obstáculos, lo que depende de las circunstancias siguientes: este género de conformacion viciosa es producido comunmente por el raquitismo, que no sólo reblandece los huesos, sino que tambien suspende su desarrollo, dejándolos de menor longitud que en el estado normal. Esta mala disposicion tiene poca importancia tratándose de la parte

---

(1) No habiendo encontrado en nuestra lengua una palabra equivalente á ésta, y no debiendo privar á nuestros lectores del significado de las denominaciones que el autor emplea, hemos acudido al Diccionario de Medicina de los Sres. Littré y Robin, el cual dice lo siguiente en la pág. 143: « *Bassin barré*. Se dice cuando los pubis se acercan al ángulo sacro-vertebral, ó cuando la sínfisis pública tiene una longitud demasiado considerable, de tal modo que el diámetro antero-posterior del estrecho perineal se encuentra acortado. » — (N. de los T.)

abdominal de la pelvis, porque el poco desarrollo de las fosas ilíacas, sus desviaciones ó las corvaduras anormales de sus crestas tienen poca influencia en el parto, no sucediendo lo mismo respecto á la excavacion, porque la falta de desarrollo de las paredes óseas que la constituyen pueden determinar obstáculos para la salida del feto.

Inútil me parece hacer una descripcion minuciosa de algunas pelvis de esta clase, en razon de que sería muy difícil encontrar dos exactamente parecidas, y porque la descripcion de los tipos elegidos de nada serviría para el conocimiento de los demas. Concíbese que, habiendo perdido los huesos su consistencia, obedezcan á las influencias mecánicas que les imprimen una forma nueva. Si se quieren exponer los vicios de conformacion que de ellas resultan, no se puede salir de generalidades.

El diámetro antero-posterior es el más corto del estrecho abdominal, por lo que no puede sin inconveniente experimentar una reduccion en su longitud. Sin embargo, el parto puede ser espontáneo y no presentar fenómeno alguno que revele la estrechez, cuando ésta deja al feto un camino de nueve centímetros por lo menos.

Las estrecheces menos marcadas ó poco considerables son naturalmente las más comunes, siendo raras por bajo de ocho centímetros y más excepcionales por bajo de cinco.

**Pelvis viciadas en sus diámetros oblicuos.** Acabamos de ver que en la deformacion antero-posterior estaban algunas veces comprendidos los diámetros oblicuos, pero entonces esta lesion tiene una importancia secundaria, siendo la desviacion del sacro la que constituye principalmente el signo característico. En las pelvis que vamos á estudiar, el sacro puede presentar igualmente una anomalía de situacion; pero lo que resalta sobre todo es la alteracion de los diámetros oblicuos.

La anomalía principal se encuentra complicada como en la clase anterior. Las clasificaciones que se hacen principalmente para ayudar á la memoria, no son de utilidad en este caso, porque, nunca lo repetiré demasiado, dado un vicio de conformacion, pueden esperarse alteraciones secundarias concomitantes, que impiden en la inmensa mayoría de los casos adoptar para su descripcion una forma tipo. Al confundirse sus variedades hacen de cada caso una individualidad distinta que tiene su fisonomía propia. Veremos, sin embargo, que la pelvis oblicuo-oval constituye la excepcion de esta especie de regla.

Las pelvis de que vamos á hablar, así como tambien las que nos faltan que describir, se presentan muchas menos veces á la observacion que aquellas cuya estrechez es antero-posterior. Algunas son tambien excepcionales, y sólo registrando todas las colecciones es como se ha llegado á reunir una serie de ellas.

Dividiré las pelvis de esta clase en dos categorías; colocaré en la primera aquellas en que los dos diámetros oblicuos son más

cortos ; en la segunda aquellos que no presentan esta alteracion más que en un lado.

**ACORTAMIENTO DE AMBOS DIÁMETROS OBLICUOS.** — A la osteomalacia, que en tan alto grado altera la configuracion normal de la pelvis, se debe principalmente esta deformidad. Las paredes antero-laterales están deprimidas ó hundidas hácia la cavidad pelviana, y la sínfisis de los pubis forma un ángulo agudo hácia delante. Esta prominencia, en los casos más graves, puede ser bastante considerable para que las ramas horizontales de los pubis estén casi en contacto por su cara interna, resultando de esta disposicion que las ramas ascendentes de los isquions y descendentes de los pubis estén más ó menos aproximadas ; siendo entonces muy estrecho el arco pubiano, ó faltando casi por completo.

El hundimiento de las regiones pectíneas da por resultado colocar las cavidades cotilóideas en un mismo plano. El sacro puede participar tambien de estas deformaciones, presentándose aplas-



Figura 92.

Pelvis viciada en sus tres diámetros (osteomalacia).

tado sobre sí mismo, con la base dirigida hácia delante ; su concavidad exagerada y su vértice sobresaliendo más en la excavacion. En estas circunstancias, todos los diámetros de la pelvis están más ó menos acortados, excepto el antero-posterior de la excavacion, que gana algunas veces en longitud, pero todavía este aumento sólo recae en un punto limitado de la línea media, á causa de la aproximacion de los isquions.

Hemos visto que en la deformidad antero-posterior del estrecho abdominal era con frecuencia mayor el estrecho inferior. No sucede lo mismo aquí, porque la lesion altera casi en el mismo grado este último estrecho, aproximando los isquions y disminuyendo el arco pubiano. El estrecho superior presenta la forma de un corazon de naipe francés, cuya punta está dirigida hácia delante.

En la forma ligera de este vicio, el hundimiento hácia atras de las regiones pectíneas es poco notable y el parto se verifica espontáneamente. Las deformaciones extremas constituyen ex-

cepciones ; pero cuando existen , se las puede considerar como las mayores de todas , dando lugar á dificultades insuperables para el buen resultado de la intervencion. En la inmensa mayoría de los casos la alteracion se debe á la osteomalacia , siendo excesivamente raro que el raquitismo originen lesiones tan pronunciadas y que presenten este aspecto.

Se ha admitido , sin embargo , que las luxaciones congénitas dobles de los fémures podían , aunque en debil grado , determinar una deformacion de los diámetros oblicuos ; pero entonces sólo alcanza la estrechez al estrecho superior , estando aumentado el inferior á causa del movimiento de báscula que dirige hácia dentro de las crestas iliacas. El mecanismo de este movimiento se comprende fácilmente , atendiendo á que se verifica por la presion de la cabeza del femur sobre la pelvis en un punto más elevado que en las circunstancias normales.

Pueden existir las luxaciones congénitas del femur sin que la pelvis esté alterada en su forma. Esta era la opinion de Dupuytren , la cual ha sido confirmada por hechos numerosos.

Cuando la osteomalacia preexiste al embarazo , y cuando un tratamiento anterior ha llamado la atencion del práctico , éste se pone en guardia , y si hay tiempo todavía , toma las medidas necesarias para prevenir los peligros del parto de todo tiempo. Pero no siempre sucede así , porque Nægele y Stein citan casos en que la deformacion se ha desarrollado de un modo latente y ha tomado graves proporciones en mujeres que habían tenido partos naturales. En semejantes casos , Weld y Spengel , aprovechando la flexibilidad de los huesos , han terminado el parto con buen resultado. Las partes fetales han establecido momentáneamente el paso , separando las paredes huesosas reblandecidas todavía ; pero este resultado no siempre puede esperarse , aun antes de que se consoliden , porque la osteomalacia va acompañada con mucha frecuencia de una friabilidad extrema de los huesos , y los esfuerzos de extraccion determinarían fracturas peligrosas.

**DEFORMACION QUE RECAE PRINCIPALMENTE EN UNO DE LOS DIÁMETROS OBLICUOS.** — Esta deformacion reconoce diversas causas , que imprimen á la pelvis un sello especial. Puede depender : 1.º Del raquitismo ; 2.º de una luxacion congénita ó de la lesion de uno de los miembros inferiores ; 3.º finalmente , de una causa especial , cuya naturaleza no es desconocida (deformacion oblicuo-oval de Nægele).

En estas circunstancias , el estrecho superior toma una figura que se aproxima á la de un triángulo irregular. El semicírculo correspondiente á uno de los lados se vuelve casi recto ó forma una línea curva , cuya convexidad está vuelta hácia la excavacion. La sínfisis pubiana , en vez de ocupar la línea media , se encuentra desviada hácia uno de los lados y no corresponde á la direccion del ángulo sacro-vertebral.

A este aspecto general se añaden caracteres especiales que

dependen de la etiología de la deformacion. Vamos, pues, á examinar separadamente estas causas.

Las pelvis de esta naturaleza obligan á llenar una indicacion particular importante. El acortamiento de uno de los diámetros oblicuos no siempre altera la longitud del otro, que se encuentra aumentada algunas veces. Por otra parte, la circunferencia de la cabeza del feto forma un ovoide, cuya extremidad posterior ú occipital está más desarrollada que la anterior. Es necesario, pues, cuando ha podido diagnosticarse el vicio de conformacion, extraer el feto de manera que la region posterior de la cabeza coincida con la parte más amplia de la pelvis.

Este precepto importante se debe á Sacombe, el cual ha exagerado mucho su valor al decir que permite terminar el parto en todos los vicios de conformacion, cualquiera que sea su grado.

*Estrechez raquítica.* — Ya hemos dicho cuán variables son en sus efectos las alteraciones por el raquitismo, siendo muy raro, sin embargo, que se observe, por esta causa y aisladamente, la lesion de uno de los diámetros oblicuos, porque coincide muy á menudo con una alteracion semejante del diámetro antero-posterior. La deformidad de la pared anterior del hueso coxal puede estrechar la excavacion en toda su altura, pudiéndose observar tambien una estrechez ó un aumento del estrecho inferior.



Figura 93.

Pelvis raquítica viciada en su diámetro oblicuo.

*Estrechez determinada por la lesion de un miembro inferior.* — La luxacion congénita de un solo fémur da por resultado algunas veces el deformar el hueso iliaco correspondiente, que experimenta un movimiento de báscula, de manera que conduce hácia adentro la cresta iliaca. El estrecho inferior presenta una asimetría en sentido inverso á la del estrecho abdominal. La tuberosidad del isquion del lado afecto está dirigida hácia afuera, y el pilar del arco pubiano más separado de la línea media que su congénere. Es muy raro que la deformidad que sobreviene por esta causa sea bastante considerable para impedir la expulsion ó extraccion del feto.

Es dudoso que las amputaciones del muslo en las niñas, ó una cojera congénita extraña á la luxacion, pueda determinar una estrechez pelviana, aun cuando Herbinaux y Lachapelle admitan su posibilidad.

Las luxaciones y desviaciones de la columna vertebral, que



sobrevienen despues que los huesos pelvianos han adquirido su desarrollo, no tienen influencia respecto á la deformidad de esta region.

*Estrechez oblicuo-oval de Nägele.* — Al sabio profesor de

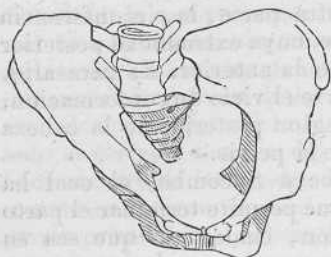


Figura 94.

Pelvis oblicuo-oval de Nägele.

Heidelberg debemos el estudio de esta singular deformidad, y de él tomaremos la descripcion que ha dado. La pelvis oblicuo-oval presenta los caracteres siguientes :

- 1.º Anquilosis completa de una de las sínfisis sacro-iliacas, ó fusion entera del sacro y de uno de los huesos innominados.
- 2.º Falta de desarrollo ó desarrollo imperfecto de la mitad del sacro y estrechez de los agujeros sacro-vertebrales en el lado correspondiente á la anquilosis.

3.º Menor anchura del hueso coxal del mismo lado y de su escotadura ciática.

4.º El sacro parece que se encuentra empujado hácia el lado de la anquilosis y su cara anterior dirigida hácia este punto. Al mismo tiempo la sínfisis pubiana, arrastrada hácia el lado opuesto, no corresponde enfrente del ángulo sacro-vertebral. Los dos pubis no se encuentran exactamente confrontados ; el que corresponde al lado deforme se halla colocado en un plano algo posterior.

5.º En el lado anquilosado, la pared lateral y una parte de la anterior del innominado son más planas que en el estado normal.

6.º La otra mitad de la pelvis se encuentra ligeramente deformada por la disposicion de la sínfisis de los pubis, que tras-pasa la línea media ; de tal manera, que si se dividiesen dos pelvis oblicuo-ovales, la una hácia la derecha, y la otra á la izquierda, las dos mitades no anquilosadas, reunidas por su porcion sacra, conservarían entre los pubis una separacion de ocho ó diez centímetros.

7.º El diámetro oblicuo del lado correspondiente á la anquilosis se encuentra más ó menos acortado, mientras que el otro conserva su longitud normal, ó bien está aumentada. La misma disposicion se observa en la excavacion.

8.º La distancia sacro-cotiloidea del lado anquilosado es menor que la del lado opuesto. Lo mismo se observa respecto á las distancias que separan las tuberosidades isquiáticas de la espina posterior y superior, y la apófisis espinosa de la última vértebra lumbar de la espina iliaca anterior y superior.

9.º La cavidad cotiloidea del lado aplanado está dirigida más hácia adelante que la otra.

Los caracteres que acabamos de indicar dan á estas pelvis una fisonomía completamente especial, un aire de familia que obliga á colocarlas en clase aparte. Se distinguen esencialmente de las pelvis raquílicas oblicuas por la falta de desarrollo de la mitad del sacro correspondiente á la anquilosis. Nægele considera la anquilosis como el signo característico; pero al hablar de nuevo acerca de este punto de la cuestion, veremos que, si bien se observa la anquilosis en la mayoría de los casos, falta algunas veces, y puede existir tambien en pelvis que no presenten este género de deformidad.

La denominacion de *oblicuo-oval* no es exacta en rigor, porque debo hacer notar que el área del estrecho superior no tiene la forma de un óvalo regular, sino que su parte anterior está bien desarrollada y redonda, mientras, que la posterior es estrecha y tiene la forma de un ángulo romo. Realmente es más bien triangular que ovalada.

El estudio de las pelvis de este género presenta un interes práctico incuestionable. Desgraciadamente, hasta la fecha, sólo en la autopsia es donde ha podido reconocerse la deformacion; no hay nada en el aspecto de la mujer ni en sus antecedentes que permita sospecharlo en tiempo hábil. Los miembros inferiores, cuyo examen llama la atencion tratándose del raquitismo, tienen su rectitud normal en el caso que nos ocupa. Una sola vez ha observado Nægele una cojera insignificante. Las partes blandas ocultaron la asimetría, el parto se verificó espontáneamente, y sólo la casualidad hizo conocer esta deformidad en las observaciones de que se tiene noticia. Así Nægele cita una mujer de Giessen, muerta de peritonitis, que parió cinco veces de un modo espontáneo, á pesar de una deformacion oblicuo-oval de la pelvis.

Hemos dicho que en las deformaciones oblicuas la indicacion práctica consiste en poner la extremidad posterior de la cabeza del feto en relacion con la parte más ancha de la pelvis. Cuando la situacion del niño ó los fenómenos del parto determinan espontáneamente estas relaciones, se concibe que sean mayores las probabilidades de la expulsion espontanea ó natural.

Podría, pues, admitirse que la deformacion del diámetro oblicuo derecho es menos peligrosa que la del lado opuesto, porque deja á la region anterior izquierda su desarrollo, y es la que corresponde al occipucio del feto en la primera posicion, que es la más frecuente. En la mujer de Giessen estaba la anquilosis á la izquierda, es decir, en el sentido menos favorable, y sin embargo, todos sus partos fueron espontáneos. Es verdad que su pelvis es una de las menos viciadas de esta categoría que ha observado Nægele.

A falta de síntomas apreciables que permitan diagnosticar en la mujer viva este vicio de conformacion, sería muy importante saber en qué proporciones debe tener el práctico esta eventuali-

dad. Nægele opina que no son muy raras estas pelvis. Voy á demostrar que en este punto el autor, sin saberlo, ha exagerado su frecuencia.

Este vicio de conformacion es tan notable, que todos los ejemplares que han encontrado los especialistas se han conservado. Sin embargo, á pesar de investigaciones proseguidas durante más de diez años por las colecciones públicas y privadas de Europa, Nægele y sus alumnos no han podido reunir más que treinta y cinco ejemplares.

Si en lugar de limitarnos á apuntarlos los analizamos, encontraremos que de este número sólo doce tienen un origen evidentemente moderno. Los demas no tienen fecha; falta su historia, lo que prueba que no pertenecen del todo á nuestra época; algunos tambien han sido recogidos en los osarios. Es, pues, permitido creer que el conjunto de estas piezas representa un período de tiempo bastante largo, si bien indeterminado.

Continuando mi análisis, demuestro ademas que Nægele no ha observado por sí más que quince de estas pelvis. Para estos casos me basta la garantía del ilustrado profesor y los acepto como perfectamente auténticos; más para los restantes hago mis reservas, y hé aquí la razon. He examinado los tres ejemplares correspondientes al Museo Nacional y al de Dupuytren, y todos son absolutamente inexactos. La momia del Museo tiene, á la verdad, la pelvis algo deforme, pero sin relacion alguna con el tipo de Nægele, estando regularmente desarrollado el sacro y no existiendo tampoco la anquilosis del coxal. Las dos piezas del museo de Dupuytren están anquilosadas (y en seguida veremos que no son estas las únicas); pero aparte de una ligera curva de la fosa ilíaca, no existe vicio alguno de conformacion, el sacro está perfectamente normal, sin desviacion alguna, los agujeros sacros tienen el mismo diámetro en ambos lados, y la sínfisis pubiana ocupa su sitio ordinario. No hay estrechez aparente del estrecho superior ni de la excavacion. En tres casos, pues, examinados por mí, he comprobado tres errores, y esto me impide admitir los otros, tanto más, cuanto que el mismo Nægele duda respecto á cuatro ó cinco pelvis.

Digo, pues, en conclusion, que aun añadiendo á las observaciones auténticas de Nægele dos casos más modernos publicados por Danyau y Nichet, es sumamente rara la deformacion oblicuo-oval, y esta rareza, coincidiendo con la falta absoluta de signos exteriores, hará probablemente siempre imperfectos y poco exactos los juicios del profesor. Debo añadir que no todas estas pelvis están viciadas en el mismo grado, y que las hay que presentan una capacidad todavía suficiente para permitir la expulsion ó extraccion de un feto vivo.

Nægele opinaba con Vrolick que este vicio de conformacion resulta de la falta de desarrollo, y daba gran importancia á la anquilosis bajo este punto de vista. Esta es una cuestion difícil

de resolver, porque carecemos de observaciones hechas en fetos ó niños que hayan presentado esta anomalía de desarrollo.

El caso citado por Danyau tiende á probar que la deformacion puede sobrevenir despues del nacimiento, porque la pelvis á que se refiere presentaba una anquilosis del sacro con atrofia de la mitad correspondiente, existiendo ademas una anquilosis del mismo lado en la articulacion coxo-femoral. Las cicatrices en la piel y la induracion de los tejidos probaban con claridad que la afeccion reconocía una causa inflamatoria muy posterior al nacimiento.

Aparte de las dos piezas citadas por Nægele, correspondientes al Museo de Dupuytren, y que son una de hombre y otra de mujer, he hallado otros tres casos de soldaduras sacro-ilíacas.

Con el núm. 653 se ve una pelvis de mujer con las dos articulaciones sacro-ilíacas anquilosadas, sin que exista vicio de conformacion apreciable. El sacro está normal y la sínfisis púbica enfrente del ángulo sacro-vertebral, que no presenta desviacion alguna. — Núm. 655. Falta el innominado del lado izquierdo; el derecho está soldado al sacro, que no presenta ninguna anomalía, ni la sínfisis pubiana está desviada. La inclinacion hácia fuera de la fosa ilíaca es algo mayor que en el estado normal. — Núm. 654. Pelvis de hombre. Falta el innominado derecho, y el izquierdo está anquilosado. Ninguna deformacion. Las dos piezas de que habla Nægele llevan en la actualidad los números 654 y 655.

Hay ademas otras anquilosis de esta articulacion, pero están acompañadas de producciones óseas, que resultan de periostitis reumáticas ó de otra naturaleza, y que por este motivo no pueden incluirse aquí, porque han sobrevenido en una época en que el sistema óseo había adquirido hacía mucho tiempo su completo desarrollo, por lo cual no pueden tener influencia alguna en la forma de la pelvis.

Como se ve, hay casos de anquilosis sacro-ilíacas sin deformidad oblicuo-oval, y esta disposicion puede presentarse sin soldaduras articulares. Es, pues, difícil formular acerca de la causa de esta deformacion una doctrina que no sea desmentida por los hechos.

Hasta ahora, el diagnóstico se ha hecho *post mortem*. Esto depende de la falta de investigaciones en la mujer viva. La exploracion con el dedo no permite llegar comunmente al ángulo sacro-vertebral; primero, porque no se encuentra enfrente de la sínfisis pubiana, y segundo, porque en la mayoría de los casos es inaccesible. La distancia más corta, señalada en las mediciones de Nægele, es de 88 milímetros en un solo caso; en dos era de 94. En los demas, la distancia sacro-pubiana pasaba de 100 milímetros y llegaba hasta 115. Sin embargo, si la casualidad hiciera sospechar al práctico una deformacion oblicuo-oval, podría establecer su diagnóstico por la medicion exterior, supo-

niendo que la obesidad de la mujer no opusiera obstáculo á este método de investigar.

El carácter que domina en este vicio de conformacion es la falta de simetría de las dos mitades de la pelvis. Hemos indicado en la osteología la distancia que separa algunos puntos medidos en los dos lados de la pelvis; claro está que al tomar, por ejemplo, como puntos de partida la tuberosidad isquiática derecha y la espina iliaca posterior y superior izquierda; tomando despues los mismos puntos de partida, tuberosidad isquiática izquierda y espina iliaca posterior y superior del lado derecho, las distancias serán las mismas, si la pelvis es normal. Por el contrario, se demostrarán las diferencias, que podrán elevarse á varios centímetros, si la pelvis es oblicuo-oval. No necesito decir que la operacion se repetirá sobre todos los puntos indicados en el mismo párrafo al tratar de los diámetros de la pelvis.

El procedimiento de las dos plumadas podría tambien ser útil en este caso. El hilo que pasa por las apófisis espinosas del sacro y el que se fija en la sínfisis pubiana, no coincidirán cuando la mujer se encuentre en posicion vertical.

**Pelvis viciada en sus diámetros transversales.** Dice Velpeau

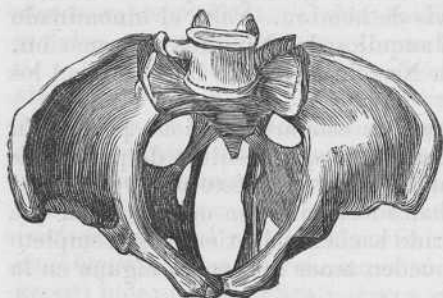


Figura 95.

Pelvis viciada en su diámetro transversal.

á propósito de este vicio de conformacion: « En el estrecho superior, el acortamiento del diámetro transversal es el más raro de todos, y quizás nunca se ha encontrado aislado. » Sin embargo, Sédillot ha descrito pelvis, en las que el diámetro antero-posterior sobrepujaba al transversal; pero las ha estudiado bajo otro punto de vista y sin haber determinado siempre el sexo á

que pertenecían. Estos hechos se refieren á luxaciones congénitas dobles. Lachapelle refiere un caso de esta lesion en un solo lado, que había deformado el hueso coxal correspondiente lo bastante para disminuir el diámetro transversal; pero se duda que esta deformidad, desprovista y aislada de toda otra complicacion, haya necesitado jamas una operacion grave en el momento del parto.

En el estrecho inferior son algo más frecuentes los acortamientos del diámetro transversal, pero coincidiendo tambien aquí muy á menudo con lesiones de naturaleza raquítica. La aproximacion de los isquions es grave, en razon á la poca longitud de este diámetro en el estado normal. Basta, pues, que esté algo disminuido para que la distocia se presente.

Algunos autores, y particularmente Lenoir, han estudiado en



capítulos especiales las pelvis demasiado altas, las que son demasiado bajas y las anomalías de direccion de sus planos. Las consideraciones puramente teóricas en que se han apoyado para ver en ellas vicios de conformacion no han sido justificadas por la práctica, y no hay una sola observacion que permita conceder la menor importancia, bajo el punto de vista de la distocia, á estas anomalías cuando se encuentran aisladas de las causas de deformidad que hemos señalado más arriba.

#### PELVIS VICIADA CON REGULARIDAD.

##### ANOMALÍAS EN SU CAPACIDAD.

**Pelvis muy pequeña.** (*Estrechez absoluta, de Velpeau*). — Las pelvis de esta naturaleza deben dividirse en dos categorías distintas. En la primera se comprenden las mujeres de una estatura regular ó superiores á la media, cuyas formas son delgadas y esbeltas. En estos casos no hay nada que haga sospechar el vicio de conformacion, si la casualidad ó un parto laborioso anterior no proporcionan al práctico la ocasion de hacer un reconocimiento completo y atento. Ninguna deformidad del esqueleto llama la atencion, y en los casos señalados por los autores no se ha conocido la estrechez hasta el último instante y en presencia de los obstáculos á la expulsion.

Nægele, que ha sido el primero que ha descrito estas pelvis, las atribuye á un capricho de la naturaleza, y se encontraría muy perplejo el que quisiera dar mejor explicacion, porque el desarrollo de los huesos, su espesor y sus articulaciones no presentan ningun caracter particular.

Nada, sin embargo, nos autoriza á admitir con Nægele que la estrechez absoluta sea más comun de lo que se cree, siendo, por el contrario, prodigiosamente rara. Refiere Nægele sólo tres casos, que, unidos á otros cuatro señalados por Lenoir, hacen un total de siete observaciones correspondientes á mujeres cuya estatura era superior á la media.

Todas las pelvis de mujer están lejos de tener la misma capacidad, y sería posible ciertamente enlazar las mayores con las más pequeñas por medio de transiciones insensibles. Aquí no nos vamos á ocupar más que de aquellas cuya estrechez puede dificultar la expulsion del feto, y, lo repito, los ejemplos que la Clínica ha proporcionado son demasiado escasos para dejar que las suposiciones sustituyan á la realidad.

En la segunda categoría se deben colocar las pelvis correspondientes á mujeres cuyo incompleto desarrollo de estatura las coloca en la clase de las enanas. El volumen, la estructura de los huesos y la manera de articularse son perfectamente normales; únicamente la pelvis, reducida con regularidad en todos sus diámetros, no permite que la expulsion del feto sea espontánea.

Pero aquí se comprende la razon de la estrechez; lo pequeño de la pelvis está en relacion con la estatura de la mujer; habiéndose observado, sin embargo, que la circunstancia de ser enana no lleva forzosamente consigo la estrechez absoluta, y lo más comunmente, las mujeres en estas circunstancias han presentado diámetros pelvianos bastante considerables para que el parto fuese espontáneo. Nägele cita un solo caso de enanismo complicado con estrechez absoluta. Lenoir, tomándolos de Fourichon, Nichet y Gensoul, refiere dos casos; Dubois ha observado otro, lo que hace un total de cuatro.

Por último, Nägele poseía una pelvis viciada por falta de desarrollo, perteneciente á una joven de veintin años, que presentaba por su inteligencia y sus formas los caracteres de la edad pueril. Las diferentes piezas de los huesos íleos y del sacro estaban unidas sólo por cartílagos, y los órganos de la reproduccion no habían adquirido el desarrollo de la pubertad. Estas circunstancias excluyen la posibilidad de la concepcion. Este caso, desprovisto de interes relativamente á lo que nos ocupa, debe conocerse sólo como una anomalía.

El acortamiento de los diámetros que se observa en esta forma de estrechez puede pasar de dos centímetros y medio, y han sido graves los resultados del parto, mortal nueve veces en los once que hemos referido. De este número un solo niño ha salido vivo, ocho han muerto, y la suerte de los otros dos se desconoce.

**Pelvis demasiado grande.** No mencionaré el exceso de amplitud de la pelvis más que para combatir los motivos que la han hecho considerar por los autores, desde Desventer, como una causa de distocia. Los inconvenientes que se le atribuyen se fundan sólo en hipótesis que no resisten al examen.

Se ha dicho:

1.º Que en el estado de vacuidad, la amplitud de la pelvis deja al útero libre y flotante en medio de una cavidad demasiado espaciosa, y le expone á las dislocaciones.

Esta asercion está muy mal fundada, porque si se compara el volumen del útero con la capacidad de la pelvis, se ve claramente que las paredes de esta última no sostienen al útero. El aumento de algunos centímetros en los diámetros pelvianos no podría favorecer los cambios de lugar de la matriz, sino en el caso que estuviera engastada en la pared ósea (1).

2.º Que encontrando el útero en la excavacion mayor espacio para desarrollarse, permanecería en ella hasta una época más avanzada de la preñez y determinaría en los órganos de esta region los fenómenos dependientes de la compresion; y que al fin del embarazo, encajada la cabeza prematuramente en la excavacion, renovarí las compresiones del principio.

---

(1) Segun Richet, los ligamentos utero-sacros son los unicos que se oponen al descenso de la matriz. — (N. de los T.)

Este concepto es tan poco justificable como el que acabo de combatir. Es formarse una idea muy falsa y muy inexacta de las causas que determinan la subida del útero, atribuir las á una presion de la pared pelviana, cuyo efecto sería análogo á la producida por los dedos cuando intentan despedir un cuerpo redondo y resbaladizo. En el momento en que el útero asciende á la cavidad abdominal, su diámetro no pasa de ocho centímetros; no pudiéndose referir á la presion de la pelvis, cuya cavidad mide doce, el movimiento de ascension que el órgano experimenta.

Al término del embarazo, el encaje prematuro de la cabeza en la excavacion no depende en manera alguna del exceso de amplitud de la pelvis. Este fenómeno se observa unas veces y falta otras, en las condiciones normales, con independencia de esta causa.

3.º Que durante el parto la mujer estaría expuesta á todos los accidentes que resultan cuando aquél es demasiado rápido. El órgano, mal contenido por las paredes óseas, puede ser empujado hasta la vulva ó ser arrojado fuera con el feto.

No comprendo cómo en nuestra época se hacen residir todavía las resistencias á la expulsion en las paredes óseas. Está fuera de duda que la expulsion es retardada casi exclusivamente por las partes blandas, como la dilatacion del cuello y la resistencia del periné. Al atravesar la pelvis normal, el feto experimenta roces, pero sus diámetros son inferiores á los del conducto que recorre, y aun cuando éste tuviera una amplitud exagerada, no ejercería influencia alguna de consideracion en la resistencia de las partes blandas, que constituyen, lo repito, el obstáculo real á la excesiva rapidez del parto.

En cuanto á la expulsion simultánea del feto y del órgano gestador, es una hipótesis que no puede justificarse por un sólo ejemplo ocurrido por esta causa.

4.º Que despues del parto el útero desciende prematuramente á una pelvis demasiado ancha, y la compresion que ejerce sobre los órganos próximos puede convertirse en causas de inflamaciones siempre temibles.

Creo inútil refutar esta última asercion, verdaderamente pueril.

Despues de haber formulado los peligros que determina la amplitud exagerada de la pelvis, era lógico señalar las indicaciones que presenta este pretendido vicio de conformacion, lo que no han dejado de hacer, olvidándose únicamente de que es imposible medir con precision, en la mujer viva, las dimensiones de la pelvis normal, y que su exceso de amplitud será más difícil de apreciar todavía.

PELVIS ALTERADAS POR UN TRAUMATISMO O POR EL DESARROLLO DE DEGENERACIONES O DE TUMORES OSEOS.

Las causas que determinan estas lesiones son diferentes y muy raras : vamos á examinar las principales.

**Callos deformes.** Lenoir refiere la observacion de Barlow relativa á una fractura del pubis, determinada por el paso de una rueda de coche por encima de la pelvis. El callo era tan voluminoso y deforme, que sólo le separaba del ángulo sacro-vertebral una distancia de quince milímetros, y la mujer, sometida á la operacion cesárea, se curó. Papavoine ha observado tres fracturas en el hueso coxal derecho : una en su tercio posterior, otra en la rama horizontal del pubis, y la tercera en la rama ascendente del isquion, cerca de su tuberosidad. La consolidacion viciosa de estas fracturas había determinado una estrechez pelviana bastante considerable para necesitar la intervencion, sucumbiendo la mujer durante el parto. Rowland Gibson practicó la embriotomía á causa de una deformacion del sacro, consolidado de una manera viciosa á consecuencia de un accidente por un carruaje. Lenoir cita un hecho análogo de David. En la autopsia de la mujer se encontró un callo vicioso del sacro, que había sido dividido en cuatro partes.

En el Museo de Dupuytren hay una pelvis que presenta hundida una cavidad cotoideia. Los elementos del callo forman en la excavacion una eminencia redondeada de cuatro centímetros; la porcion del hueso iliaco próximo á la sínfisis está igualmente dislocada. Carecemos de la historia de esta pelvis, y se ignora si esta lesion fué complicada de embarazo.

En las hembras de los mamíferos domésticos de gran alzada, exentas de raquitismo y osteomalacia, las fracturas de la pelvis consolidadas viciosamente son casi las únicas causas de distocia que corresponden á las deformaciones de la pelvis.

Pueden sospecharse esta clase de lesiones cuando se conocen los antecedentes de la mujer; pero cuando falta todo indicio acerca de las fracturas que han podido ser causa de callos viciosos, el profesor está desprevenido, y sólo durante el parto es cuando los accidentes llaman su atencion.

**Luxacion de las últimas vértebras lumbares.** Killian refiere tres observaciones de luxacion de las vértebras lumbares. En la primera, la quinta vértebra, dislocada, se encontraba en relacion por su base con la cara anterior de la primera pieza del sacro, formando con ella un ángulo recto; el área del estrecho superior estaba reducida á sesenta y dos milímetros de delante atras. En la segunda, casi idéntica á la observacion precedente, el diámetro antero-posterior medía cincuenta y cuatro milímetros. Por último, en la tercera, publicada sin detalles, la mujer fué sometida, como en los casos anteriores, á la operacion cesárea. Le-

noir cita un cuarto hecho análogo, referido por Belloc, y que tuvo una terminacion semejante; la enfermedad dependía, al parecer, de la destruccion tuberculosa de la vértebra.

En estos casos llama la atencion el aspecto general de la mujer, porque semejante deformidad está compensada por incurvaciones en sentido opuesto de la columna vertebral. Además, la region lumbar presenta una depresion, ó un hundimiento muy característico (ensilladura). Completa el diagnóstico el tacto vaginal, alcanzando fácilmente el obstáculo que obstruye en cierto modo la entrada del estrecho superior.

**Exostosis y tumores óseos de la pelvis.** Los tumores óseos de la pelvis son muy raros. Nægele, en un somero análisis de los casos publicados, niega que sean exostosis, y cree que se trataba comunmente de proyecciones del sacro hácia delante. Sin negar la opinion de Nægele, que puede ser cierta, es necesario no concederle un valor demasiado absoluto, porque él mismo refiere dos hechos de exostosis tomados á Leydig y Kibbin; y á pesar de su deseo (demasiado evidente) de negar las afirmaciones de Velpeau, no ha demostrado que las observaciones de Cloquet, Dœveren, Sandifort, Barbaut, Autenrieth y Fried, citados por mi sabio maestro, fuesen inexactas.

Nægele se contenta con negar, y la negacion de un hecho que no se ha observado, no es suficiente argumento para quitarle todo su valor. Thiery ha publicado igualmente un caso de exostosis pelviana que es difícil no admitir. Por último, Kill ha practicado la embriotomía por un exostosis de la sínfisis sacro-íliaca, desarrollado en el intermedio de dos partos.

Los exostosis no son los únicos tumores óseos desarrollados en las paredes de la pelvis que pueden impedir el parto. Velpeau refiere dos hechos de Burns y de Lassus, en los cuales formaban eminencia en la excavacion unas especies de apófisis estiloides. La espina observada por Burns medía más de seis centímetros, y produjo la rasgadura de la vejiga y del cuello uterino durante el parto.

Se ha admitido que tumores pelvianos de diversa naturaleza podrían volverse cartilagosos ú osteiformes, y que soldándose consecutivamente á la pared de la pelvis, llegarían á constituir un obstáculo muy grave para la expulsion del feto. Hay efectivamente en el Museo de Dupuytren dos pelvis que presentan alteraciones de esta naturaleza; pero se ignora si proceden de mujeres que hayan parido. Entre las observaciones citadas, relativas á casos de distocia, la única que presenta con claridad un tumor osteiforme adherido consecutivamente, pertenece á Pellegrini. En todos los demas casos que se citan, y que he comprobado, se trata de alteraciones de otra índole que no corresponden, de un modo evidente, á las producciones huesosas.

Por lo que á la práctica se refiere, la determinacion rigurosa de la naturaleza de los tumores óseos de la pared pelviana sólo



tiene una importancia secundaria. Tienen sus caracteres comunes de gravedad, consistentes en que en el momento del parto no pueden ser rechazados por encima del estrecho superior á causa de su adherencia, lo cual es posible algunas veces cuando se trata de tumores movibles. Por otra parte, lo comun es que no se conozca su existencia sino durante el parto, y en una época en que no somos dueños de elegir entre el parto prematuro y una operación grave para la madre, ó mortal para el niño.

**Osteosarcoma.** La degeneracion cancerosa de los huesos pelvianos no es absolutamente rara, y, sin embargo, los hechos de distocia reunidos por esta causa son completamente excepcionales. Puchelt ha referido dos casos; pero dudo con Lenoir que se tratase verdaderamente de cancer. Uno de ellos parece ser un encondroma, y el otro un tumor fibroso, adheridos los dos á la pelvis. Sin embargo, las observaciones de Scharf y de Mayer no dejan lugar á la duda. Tyler-Smith, en su *Manual de obstetricia*, da la figura de una pelvis con tres tumores cancerosos distintos.

Finalmente, Stoltz ha publicado un caso muy notable, que exigió la operación cesárea, cuyo resultado fué feliz para la madre y el hijo.

El desarrollo del osteosarcoma va acompañado de dolores violentos que llaman la atención del profesor, y le permiten tomar sus precauciones antes de la época del parto. Además, la naturaleza de la enfermedad, que siempre termina por la muerte, consiente la intervención exclusiva en favor del niño, y justifica la operación cesárea.

#### DIAGNÓSTICO DE LOS VICIOS DE CONFORMACION DE LA PELVIS.

En la inmensa mayoría de los casos, los vicios de conformación de la pelvis pueden sospecharse durante el embarazo, cuando reconocen por causa el raquitismo, porque, en efecto, las deformaciones que se observan en las demás partes del esqueleto llaman la atención, y raro será que un examen atento no ponga al práctico en camino de conocer la deformidad. Así sucede, en efecto, cuando se trata, sobre todo, del raquitismo, de la osteomalacia ó de luxaciones congénitas; pero ya no es igual cuando se trata de la pelvis oblicuo-oval, de tumores óseos y de callos deformes que determinan estrecheces imprevistas. En estos últimos casos nada llama nuestra atención. Si se examina la mujer durante el embarazo, la matriz es la que principalmente se explora, y en el momento del parto nos encontramos de repente en presencia de dificultades insuperables.

Sin embargo, los tumores óseos, cuyas observaciones he citado, tenían un desarrollo tan considerable, que era difícil desconocer su presencia en la mayoría de los casos. Es probable que las mujeres no hayan sido examinadas antes del parto.

Si bien la estrechez determinada por estas causas es excesivamente rara, la posibilidad de encontrarla justifica el precepto de someter á una atenta investigacion, durante el embarazo, á las mujeres confiadas á nuestra direccion, aun cuando nada nos haga temer, por su conformacion exterior, hallar una pelvis deforme.

Aparte de la pelvis oblicua de Nägele, que necesita un procedimiento especial para medirla, el dedo es, lo repito, el mejor de los pelvímetros. Ya demostré la poca utilidad de estos instrumentos, y no añadiré una palabra más sobre este asunto.

El raquitismo es una enfermedad que ataca principalmente en los tres primeros años de la vida; por lo cual debemos averiguar siempre la época en que la mujer empezó á andar, y tener muy en cuenta las circunstancias y lesiones que han podido retardar la marcha ó hacerla temporalmente imposible. Si los datos proporcionados al práctico le revelan trastornos de esta naturaleza, debe examinar atentamente el estado de todo el esqueleto.

Las deformaciones raquílicas proceden de abajo arriba. Si existen en los miembros superiores y la columna vertebral, es casi seguro que las hay tambien en los huesos de la pelvis. Cuando los miembros inferiores están perfectamente normales, es, por el contrario, muy probable que la pelvis esté bien conformada. La corvadura de las tibias, aunque ligera, tiene alguna importancia bajo este punto de vista, y es necesario para reconocerla, pasar los dedos por la cresta de estos huesos.

Preciso es igualmente notar la longitud relativa de los fémures. El raquitismo, no sólo deforma el hueso, sino que suspende tambien su desarrollo. La cortedad de los fémures es, pues, un caracter importante que debemos tener en cuenta.

J. Guérin, tan competente en estas cuestiones, afirma que se puede deducir aproximadamente la dimension de los huesos del esqueleto por el examen de un hueso deforme. Añade que la reduccion de los diámetros de la pelvis es intermedia al grado de acortamiento del fémur y del húmero.

Hohl ha creido que las inflexiones laterales de las vértebras de los lomos producen una reduccion más notable en el lado de la convexidad de la columna lumbar. Ademas la corvadura de los fémures hácia delante acortaría el diámetro transversal, y la corvadura hácia fuera produciría el mismo resultado en el diámetro antero-posterior.

He examinado con este objeto los numerosos esqueletos raquílicos de nuestras colecciones, y confieso que nada semejante he comprobado.

Las consecuencias tan temibles de los vicios de conformacion de la pelvis imponen al práctico el deber de ilustrar á las familias acerca de la gravedad del raquitismo y la necesidad de un tratamiento metódico y bastante prolongado. El reposo completo, el decúbito horizontal y el aceite de hígado de bacalao constituyen su base. Es necesario no consentir andar á las niñas hasta

que, consolidado el esqueleto, pueda soportar sin doblarse el peso del cuerpo.

En los muchachos, las corvaduras de los miembros constituyen una simple deformidad. En las niñas, que algun día tendrán que correr los azares del parto, estas lesiones pueden ser causa de muerte en el momento de ir á verificarse esta funcion.

Desgraciadamente, en las clases pobres rara vez se consulta al médico en estas circunstancias; así es, que en las mujeres poco acomodadas es en las que se observan casi exclusivamente las estrecheces de la pelvis.

Sucede algunas veces que los medios ortopédicos, aplicados á tiempo, corrigen bastante bien la corvadura de los miembros inferiores, hasta el punto que desaparecen casi por completo las deformaciones graves. Preciso es tener en cuenta esta circunstancia en el examen que se hace de la mujer acerca de sus primeros años, porque los procedimientos ortopédicos no han tenido influencia alguna en la deformacion de los huesos pelvianos, y podemos encontrarnos con una pelvis muy estrecha, aun cuando los miembros inferiores tengan una conformacion casi normal.

#### INDICACIONES QUE RESULTAN DE LOS VICIOS DE CONFORMACION DE LA PELVIS.

El examen de esta cuestion comprende dos períodos muy distintos:

1.º El profesor es llamado para reconocer la estrechez durante el embarazo y en una época lejana de su término. Entonces es dueño de la situacion. Si la estrechez es tan grave que haga temer una mala terminacion para la madre ó para el niño, puede recurrir al parto prematuro artificial y tambien al aborto provocado. (Véanse estos capítulos).

2.º Cuando el comadron es llamado en el momento del parto. Entonces se ve obligado á sufrir todas las consecuencias desfavorables de semejante situacion, y los medios que pondrá por obra estarán subordinados al grado de la estrechez.

Cuando se trata de determinar en el último momento la naturaleza de la intervencion en las estrecheces pelvianas, no se pueden formular más que reglas generales. Las situaciones mejor conocidas dejan todavía alguna cosa á lo imprevisto. Se llega á conocer la forma de la estrechez, la dimension del diámetro más acortado, y en verdad que esto es lo importante; pero las relaciones exactas de las paredes pelvianas deformes se escapan á nuestro examen. Este vacío no permite prever las complicaciones que pueden surgir por esta causa.

Aun admitiendo que una investigacion completa nos proporcione ideas exactas acerca de la forma y capacidad de la pelvis viciada, queda todavía por despejar una incógnita, cual es el

volumen de la cabeza del feto que debe franquear el obstáculo, y el grado de reductibilidad que presenta. Imposible es prejuzgar nada sobre este punto, y sólo durante la operacion es cuando se pone en claro, por la resistencia ó facilidad para extraerla.

Existen en la ciencia casos verdaderamente raros, pero perfectamente indiscutibles, relativos á fetos expulsados espontáneamente á traves de una estrechez de seis centímetros y medio.

Para obviar la ignorancia en que estamos, relativamente al volumen de la cabeza del feto, se ha fundado la intervencion en los términos medios. El diámetro bi-parietal es de 90 milímetros, y el suboccipito-bregmático, que ordinariamente es el primero que se encaja, mide 95. Necesario es no perder de vista que los términos medios de esta naturaleza no se aplican bien á los casos particulares, porque puede coincidir una pelvis viciada con una cabeza fetal muy grande.

Estas eventualidades, lo repito, no permiten formular reglas precisas para la intervencion, y hay que confiar en la habilidad y sagacidad del profesor para vencer los obstáculos imprevistos.

Por lo demas, hay un precepto fundamental, del que no deberemos separarnos nunca, y consiste en agotar primero los procedimientos operatorios menos graves, antes de recurrir á aquellos que presentan peligros mayores é inevitables para la madre y la criatura.

Los métodos de intervencion difieren, y están naturalmente subordinados al grado de la estrechez.

Se han dividido bajo este concepto las estrecheces pelvianas en diferentes clases.

La division adoptada por P. Dubois en 1834 es la aceptada tambien en nuestros dias. Este sabio profesor admitía tres grados principales de estrechez. En el primero colocaba las pelvis en las cuales la estrechez dejaba un paso, por lo menos, de 95 milímetros, en todos sentidos. En la segunda, la estrechez oscila entre 95 y 67 milímetros. Por último, en la tercera coloca las pelvis cuyo grado de capacidad es inferior á 67 milímetros.

Esta clasificacion no responde á las exigencias de la práctica. Una division de esta naturaleza no puede ser arbitraria; cada uno de sus grados ha de corresponder á un modo de intervenir diferente, porque sin esto no tendría razon de ser.

En la época en que Dubois publicó su clasificacion, hacia ya muchos años que se conocía el cefalotribo, pero no se había vulgarizado todavía, porque Dubois no dice una palabra de su aplicacion, y, sin embargo, se sabe que en los casos extremos es un recurso importante que se debe utilizar.

Por otra parte, es cierto que entre 95 y 67 milímetros hay grados intermedios que comprenden indicaciones muy diferentes. De tal manera es así, que los autores que han aceptado las ideas de Dubois se han visto obligados á establecer subdivisiones en su cuadro.

Finalmente, yo he introducido en la práctica un instrumento, llamado *ayuda-forceps*, que reduce mucho la esfera de acción del cefalotribo.

Creo, pues, necesario sustituir á las divisiones de Dubois las siguientes: Al frente de cada grado pongo la manera de intervenir que le corresponde.

- 1.<sup>er</sup> grado de estrechez: 95 milímetros. Expectacion.  
 2.<sup>o</sup> — — — de 95 á 80 milímetros. Forceps.  
 3.<sup>er</sup> — — — de 80 á 70 milímetros. Forceps y ayuda-forceps.  
 4.<sup>o</sup> — — — de 70 á 50 milímetros. Ayuda-forceps y cefalotribo.  
 5.<sup>o</sup> — — — 50 milímetros ó menos. Operacion cesárea.

Antes de examinar con algunos detalles cada uno de estos grados, necesito repetir que no se trata aquí más que de generalidades que dejan fácil acceso á numerosas excepciones, y que los procedimientos de intervencion más graves no deben ponerse en práctica hasta que se haya reconocido la inutilidad de los menos peligrosos. Separo igualmente de este estudio las complicaciones extrañas á la estrechez y que dependen de otra causa que la presentacion del feto. Por último, el diámetro bi-parietal del feto se supone que mide 95 milímetros.

**Primer grado.** EL DIÁMETRO MÁS PEQUEÑO DE LA PELVIS MIDE POR LO MENOS 95 MILÍMETROS.— En este grado el parto espontáneo es algo más penoso y más largo que cuando la pelvis es normal. Pero, en general, puede esperarse que termine espontánea y felizmente. Es necesario, pues, aguardar, y sobre todo vigilar la marcha del parto.

Se admite en la práctica francesa que el niño no sufre en el parto prolongado en tanto que las membranas permanecen intactas. Esta opinion es exacta; pero en el parto debemos tener en cuenta al mismo tiempo el interes de la madre, y creo que las contracciones violentas y repetidas durante algun tiempo, y sin resultado, despues de completamente dilatado el cuello, pueden considerarse como motivos para intervenir. La larga duracion del parto es por sí misma, y sin otras complicaciones, origen de graves peligros para la madre, y acerca de este asunto la estadística de Collins está llena de datos instructivos. El trabajo de este autor se funda en 15.850 partos, y da los resultados siguientes:

Duracion del parto.	Número de partos.	Número de mujeres muertas.	Proporcion.
De 1 hora.....	3.573	11	1 por 322
De 2 á 3 horas.....	6.000	26	1 — 231
De 4 á 6 horas.....	3.875	29	1 — 134
De 7 á 12 horas.....	1.672	21	1 — 80
De 13 á 24 horas.....	502	19	1 — 26
De 25 á 36 horas.....	184	8	1 — 17
De más de 36 horas.....	130	24	1 — 6
TOTAL.....	15.850	138	1 — 115



Hé ahí un documento fundado en los hechos, que prueba que la expectacion no es tan inocente como hay costumbre de repetir. La progresion de la mortalidad está tan íntimamente ligada con la duracion del parto, que es preciso tener en cuenta el resumen de Collins: la tradicion creo que debe inclinarse ante las cifras. Simpson, que ha reproducido los cuadros de Collins, acepta por completo la opinion de este autor.

Admitido este principio, que me parece innegable, es muy difícil todavía trazar las reglas de intervencion, entrando aquí por mucho el tacto y la habilidad del profesor. Debemos tener en cuenta todas las circunstancias del parto, la energía de las contracciones y el estado de la mujer. Sin embargo, si la dilatacion es completa, es preciso separar las complicaciones que puedan retardar el encaje del feto, y la rotura artificial de las membranas dará por resultado permitir comprobar que la estrechez es el verdadero obstáculo que retiene la cabeza por encima del estrecho superior.

Rotas las membranas, se presenta una nueva indicacion. Hasta ahora sólo la madre ha sufrido las consecuencias de la lentitud del parto. El feto, á su vez, comienza á sentir sus malos efectos. Cuando las aguas se han derramado, obra directamente sobre él la contraccion uterina, y experimenta compresiones que ponen en peligro su circulacion. Son tan claros los hechos sobre este punto, que su evidencia ha dado lugar á un acuerdo unánime.

Recurriré tambien á los trabajos de Collins para establecer en qué proporcion los resultados son funestos. El cuadro comprende 15.850 partos.

Duracion del parto.	Número de partos.	Nacidos muertos.	Proporeion.
De 2 horas.....	7.050	347	1 por 23
De 3 á 6 horas.....	6.362	346	1 — 18
De 7 á 12 horas.....	1.672	151	1 — 11
De 13 á 24 horas.....	502	88	1 — 6
De 25 á 36 horas.....	134	42	1 — 3
De más de 36 horas.....	190	71	1 — 2
TOTAL.....	15.850	1.045	1 — 15

La proporcion es tan desfavorable para el feto como para la madre. Sólo que nosotros contamos para el primero la duracion total del parto, y sabemos que únicamente, á partir del momento en que se derrame el líquido amniótico, es cuando su situacion se hace mala.

En estas circunstancias, opinaba Dubois que la expectacion no debía pasar de seis á ocho horas despues de rotas las membranas. Soy del parecer de tan sabio clínico, recordando al mismo

tiempo que pueden apresurar la intervencion ciertas condiciones del parto.

Chailly me parece que ha traspasado los límites de la prudencia, prolongando la expectacion en estas circunstancias hasta quince y veinte horas.

No comprendo bien esta especie de repugnancia que manifiestan algunos hombres del arte hácia una intervencion que, en manos bastante ejercitadas, no puede tener malos resultados para el niño. Unicamente en las estrecheces graves es cuando el fórceps deja de ser inofensivo, pero, en resumen, es preciso inclinarse ante la necesidad, y saber tomar de pronto una resolucion casi inevitable, y que será más peligrosa cuanto más se tarde en ejecutar.

En el parto laborioso es necesario evitar toda intervencion inútil; pero, en cambio, así que se reconoce la necesidad de obrar activamente, debemos hacerlo sin dilacion ni duda. El profesor debe medir sus palabras de manera que inspire completa confianza á los asistentes, confianza de que carecerá si demuestra indecision.

El precepto de *dejar obrar á la naturaleza* es bueno observarlo cuando la naturaleza se basta á sí misma; pero cuando es impotente, es necesario acudir en su ayuda sin tardar. En estas circunstancias, y como método general, debe preferirse el fórceps á la version.

Cuando la estrechez se refiere al estrecho inferior, la expectacion debe prolongarse menos, porque la accion del útero es mucho menos enérgica, y la resistencia del periné se une al obstáculo que procede de la pelvis.

Si el niño se presenta de cara, la manera de intervenir es igual que cuando se trata del vértice, recordando sólo que en el parto de cara es de rigurosa necesidad conducir el menton hácia la sínfisis pubiana.

La presentacion de nalgas excluye la aplicacion del fórceps. Todo lo más que puede utilizarse es el gancho romo, aplicado al pliegue de la ingle, para facilitar el encaje de las nalgas si no se han desdoblado las extremidades inferiores del feto. Expulsado el tronco y los miembros torácicos, se hacen tracciones de los hombros, cogiendo la region cervical entre el índice y medio de una mano, mientras que el índice de la opuesta, introducido en la boca del niño, determina la flexion y descenso de la cabeza, detenida en el estrecho superior.

En las presentaciones de tronco la intervencion es la regla, aun en las pelvis bien conformadas. Debe practicarse, pues, lo más pronto posible la version, que es la única maniobra aplicable en este caso.

**Segundo grado.** EL DIÁMETRO MÁS CORTO MIDE, POR LO MENOS, 80 MILÍMETROS.—La diferencia de centímetro y medio que separa el primero del segundo grado es relativamente consi-

derable, y da lugar á grados intermedios, cuya importancia se comprende. Claro está que la intervencion será tanto más grave para la madre y el producto de la concepcion, cuanto más se aproxima á ocho centímetros el grado de la estrechez.

En general, el forceps triunfa de estas estrecheces. No sucede, sin embargo, así siempre, encontrándose en los datos publicados sobre la cefalotripsia algunas observaciones relativas á pelvis de ocho centímetros. Antes de recurrir á la cefalotripsia empleo mi ayuda-forceps, que permite obtener reducciones bastante considerables de la cabeza fetal. Al tratar de las *Maniobras y Operaciones* describiré su aplicacion. Haré notar, sin embargo, en este sitio, que este instrumento me ha hecho descubrir una nueva é importante ley de mecánica tocológica, que formulo de la manera siguiente : la traccion progresiva, lenta, regular y sostenida del ayuda-forceps permite vencer un obstáculo *que una fuerza manual y superior es impotente para conseguirlo.*

La cabeza del feto se prolonga por su diámetro vertical, y se amolda al conducto pelviano con una rapidez que no se obtiene empleando los esfuerzos, por necesidad intermitentes, de la traccion manual. En esta última manera de intervenir, y en tanto que no se encajan las eminencias parietales, la cabeza, en virtud de su elasticidad, vuelve á subir y huye de la estrechez en cuanto cesa ó disminuye la traccion. De aquí resulta, que hay que volver á empezar, hasta el momento en que se desarrolla un grado de fuerza suficiente para encajar de un solo golpe las eminencias parietales en el diámetro acortado.

Con el ayuda-forceps cada grado de progresion que se obtiene queda definitivamente adquirido para el parto, porque la tension permanente del instrumento impide que la cabeza retroceda.

Es innegable que el esfuerzo humano es esencialmente pasajero, durando apenas algunos minutos, y las resistencias no se vencen de esta manera, sino por una serie de esfuerzos intermitentes. Fácil es convencerse de esta verdad, tratando de vencer un obstáculo persistente que exija el empleo de algun vigor.

La fuerza manual, aplicada al forceps por un hombre robusto, señala en el dinamómetro las cifras siguientes, que tomo de la tesis de ingreso de Bailly, á quien dí á conocer estos experimentos practicados por mí en su presencia :

- 1.º La traccion de los brazos solos, sin punto alguno de apoyo, es igual á 45 kilogramos ;
- 2.º Con un punto de apoyo para el pié á la altura del suelo, 60 kilogramos.
- 3.º Con un punto de apoyo á la altura del forceps, 90 kilogramos ;

Antes de apelar al cefalotribo se ha recurrido, por lo menos, á los dos modos primeros de producir la fuerza. La potencia manual no ha podido obtener una reduccion de centímetro y medio de la cabeza del feto.

En mi Memoria *Del forceps y la version en los casos de estrechez de la pelvis*, he consignado los experimentos, en los cuales la fuerza empleada para conseguir una reduccion de *quince milímetros* en el diámetro bi-lateral de los fetos encajados, ha oscilado entre un *mínimum* y un *máximum* de 32 y 54 kilogramos.

Estas variaciones dependen del grado más ó menos avanzado de osificación del cráneo.

Estos experimentos corresponden, en la práctica, á una estrechez de 7  $\frac{1}{2}$  centímetros, suponiendo el diámetro bi-parietal del feto de 9.

Ahora bien : ¿es permitido creer que las tracciones manuales puedan dar semejantes resultados, cuando nos vemos obligados á apelar al cefalotribo para estrecheces de 8 centímetros? Depaul, en estas condiciones, cuando no basta su fuerza, no duda en hacerse ayudar por otra persona, y por tracciones ejercidas por los dos al mismo tiempo ha llegado á vencer estrecheces de 8 y 7  $\frac{1}{2}$  centímetros con buen resultado para la madre y el hijo. En este caso la fuerza empleada por los dos pasaba de 90 kilogramos, mientras que se consigue el mismo resultado con el ayuda forceps con una potencia de 32 á 54, medidos en el dinamómetro que acompaña al instrumento.

Examinaré en capítulo especial el empleo de la fuerza en obstetricia, y espero demostrar entonces, por medio de hechos, que la timidez operatoria que retiene nuestros esfuerzos no está en manera alguna justificada. A falta de ayuda-forceps, no titubearía un instante en seguir el ejemplo de Depaul. Si unido á un ayudante no podía triunfar del obstáculo producido por la estrechez, recurriría á la perforacion del cráneo, seguida de una nueva tentativa de extraccion, antes de emplear el cefalotribo. La perforacion del cráneo da casi inmediatamente una reduccion muy importante en el volumen de la cabeza fetal sometida á las tracciones del forceps.

En el grado de estrechez que examinamos debe rechazarse la version pelviana, con tanta más razon cuanto más estrecha sea la pelvis. Mi Memoria acerca del forceps y la version demuestra sus peligros. La version, sin embargo, debe preferirse al forceps en las estrecheces oblicuas moderadas, porque entonces se dirige la cabeza de tal modo, que su parte occipital, más voluminosa, se ponga en relacion con la más ancha de la pelvis.

**Tercer grado. EL DIÁMETRO MÁS CORTO DE LA PELVIS MIDE POR LO MENOS 7 CENTÍMETROS.**—En estas circunstancias, el forceps solo, falla por lo comun. Cuando se le ha aplicado inútilmente, aun con la ayuda de otro individuo, se debe practicar la craneotomía y hacer una nueva tentativa. El ayuda-forceps extraería al feto empleando menos fuerzas ; pero es dudoso que saliera vivo si la estrechez fuera menor de siete centímetros y medio. En semejantes casos, si la aguja del dinamómetro indica una fuerza de 60 kilogramos, practico la perforacion.

En estos límites se ha colocado la indicacion del cefalotribo.

Necesario es, sin embargo, no perder de vista que el ayuda-forceps y el cefalotribo son instrumentos especiales que no pueden tenerlos todos los profesores. El que ejerce en los pueblos, separado de los grandes centros, puede carecer de uno y otro de estos instrumentos y encontrarse reducido á los recursos de su modesto arsenal, viéndose precisado á optar, si el forceps es impotente, entre la operacion cesárea y el empleo del gancho agudo, instrumento peligroso para la madre y el feto. La ciencia moderna lo ha desterrado con justicia de la práctica, porque su potencia de traccion no es mayor que la del forceps hábilmente manejado, cuando se ha hecho la craneotomía.

**Cuarto grado.** EL DIÁMETRO MÁS CORTO DE LA PELVIS TIENE POR LO MENOS CINCO CENTÍMETROS. — A medida que descendemos en la escala de las estrecheces, llegamos á los casos excepcionales. Las estrecheces inferiores á siete centímetros son ya muy raras. En el límite superior de esta categoría podrá utilizarse todavía el ayuda-forceps, despues de practicada previamente la craneotomía. Al llegar á los cinco centímetros es preciso no contar más que con el cefalotribo. En los experimentos de anfiteatro, el ayuda-forceps reduce lo bastante la cabeza para hacer su extraccion; pero se emplea una fuerza tan grande, que considero preferible el cefalotribo.

Como último recurso, el médico de partido, desprovisto de instrumentos especiales, tendrá necesidad de practicar la operacion cesárea, que en los pueblos pequeños da resultados infinitamente menos funestos que en las grandes poblaciones. En estas circunstancias no consentiría practicarla en París.

**Quinto grado.** EL DIÁMETRO MÁS CORTO DE LA PELVIS TIENE MENOS DE CINCO CENTÍMETROS. — Por bajo de cinco centímetros, hasta el cefalotribo pierde su poder, y aun cuando Pajot considera como posible su aplicacion hasta el límite extremo de veintisiete milímetros, los hechos prueban que por bajo de cincuenta el cefalotribo es casi tan fatalmente mortal para la madre como la operacion cesárea. Necesario sería, pues, recurrir á la hysterotomía, sobre todo si estaba vivo el feto.

Cuando las nalgas son las que se presentan en estas estrecheces extremas, las membranas rotas, expulsando en parte el feto y el útero retraido, la operacion cesárea es impracticable, y es preciso separar el tronco de la cabeza, haciendo lo posible por triturar ésta para intentar el último recurso en favor de la vida de la madre.

Cualesquiera que sean los peligros del instrumento, serán menos terribles que abandonar á la naturaleza el trabajo de disgregar los elementos craneales y expulsarlos despues en estado de putrefaccion.



## RESUMEN.

## Vicios de conformacion de la pelvis.

Las diferentes variedades de estrechez pelviana no se presentan con igual frecuencia.—La estrechez antero-posterior del estrecho abdominal es la regla; las otras deformidades constituyen las excepciones. — En la práctica francesa, las estrecheces en que se juzga necesario intervenir están en la proporcion de 1 por 450. — En las estadísticas inglesas la intervencion es más frecuente, y su proporcion es de 1 por 250. — Las pelvis viciadas pueden clasificarse en tres grupos: 1.º pelvis viciadas por modificaciones de relacion en sus diámetros; 2.º anomalías de capacidad, conservando su forma normal; 3.º alteracion por traumatismo ó por desarrollo de degeneraciones ó de tumores óseos.

**Pelvis viciadas por alteracion de los diámetros.** La estrechez puede recaer: 1.º en el diámetro antero-posterior; ésta es la más frecuente de todas; 2.º en los diámetros oblicuos; 3.º en el transversal. La alteracion de un diámetro lleva consigo, casi necesariamente, la de los demas. — *Pelvis viciadas en su diámetro antero-posterior.* — En este caso, el sacro es el sitio de la lesion. — Su base está más prominente hácia delante; á veces su vértice experimenta al mismo tiempo un movimiento de báscula que le inclina hácia atras. — Puede estar disminuida su concavidad y ser casi plana su cara anterior. — Es muy raro que la sínfisis pubiana esté hundida. — Sin embargo, esta sínfisis se modifica en su inclinacion; la diferencia que hay entre los diámetros sacro-pubiano y sacro-subpubiano es de 13 milímetros próximamente. — En las pelvis deformes puede elevarse á más de 20 milímetros, ó ser de 6 únicamente. — Estas variaciones no pueden apreciarse con exactitud, y constituyen una de las dificultades del diagnóstico. — El arco pubiano está por lo comun ensanchado. — Este género de vicio de conformacion lo determina comunmente el raquitismo, que no sólo reblandece los huesos, sino que suspende su desarrollo. — *Pelvis viciadas en sus diámetros oblicuos.* — La osteomalacia es la que da origen á esta deformacion cuando existe en los dos lados. — Entonces se encuentran las paredes antero-laterales deprimidas hácia la cavidad pelviana. — En los casos más graves, las ramas horizontales de los pubis están en contacto por sus caras posteriores. — El arco de los pubis está considerablemente disminuido— de aquí resulta la aproximacion de los isquions, que disminuye el diámetro transversal del estrecho inferior. — Llevado este vicio de conformacion á un alto grado, es el más grave de todos. — Las luxaciones congénitas del fémur, si son dobles, pueden producirlo, pero poco marcado. — La osteomalacia puede desarro-

llarse de un modo latente en el intermedio de dos partos, y sorprender al profesor llamado al fin del segundo embarazo. — Se ha podido aprovechar el estado de flexibilidad de los huesos para obligarlos á separarse y permitir que salga la cabeza. — La deformacion puede recaer en uno solo de los diámetros oblicuos, — siendo entonces determinada principalmente por el raquitismo, por una luxacion congénita sencilla, ó la lesion de uno de los miembros inferiores ocurrida en la primera infancia. — Las pelvis deformadas por el raquitismo presentan con frecuencia al mismo tiempo una alteracion del diámetro antero-posterior, — Cuando la deformidad depende de una luxacion del fémur ó del acortamiento de un miembro, el hueso innominado correspondiente experimenta un movimiento de báscula que lleva hácia dentro la cresta ilíaca y hácia fuera la tuberosidad del isquion. — Es muy raro que en estas circunstancias llegue la estrechez hasta el punto de dificultar la expulsion del feto. — Con el nombre de estrechez oblicuo-oval ha descrito Nägele una pelvis que tiene los caracteres siguientes: 1.º anquilosis de una de las sínfisis sacro-ilíacas; 2.º falta de desarrollo de una de las mitades del sacro y del hueso coxal del mismo lado; 3.º la sínfisis pubiana se encuentra desviada hácia uno de los lados; 4.º el sacro parece desviado hácia el lado de la anquilosis. — Este género de deformacion no ha podido reconocerse todavía más que en la autopsia. — Es excesivamente raro. — Las pelvis, cuya deformacion lateral deja un lado del estrecho superior más ancho que el otro, presentan la indicacion, cuando hay que intervenir, de colocar la region occipital de la cabeza del feto en relacion con la parte más ancha del estrecho superior. — *Pelvis viciadas en sus diámetros transversales.* — Esta rarísima deformacion no ha podido observarse jamas aislada, coincidiendo muy á menudo con alteraciones de naturaleza raquítica.

**Pelvis demasiado pequeñas.** *Estrechez absoluta.* — Se las puede dividir en dos categorías. — A la primera corresponden las pelvis de mujeres que tienen la estatura comun, pero cuyas formas son delgadas y esbeltas. — A la segunda pertenecen las de las enanas. — Los diámetros pueden presentar en estas condiciones una disminucion de 25 milímetros. — En los once casos conocidos han muerto nueve mujeres.

**Pelvis demasiado grandes.** Esta anomalía no puede considerarse como causa de distocia.

**Pelvis alteradas por tumores óseos.** *Callos deformes.* — Hay en la ciencia algunos hechos en los que lesiones de esta naturaleza han exigido la embriotomía. — *Luxaciones de las vértebras lumbares.* — La dislocacion de estas vértebras, disminuyendo el estrecho superior, puede hacer imposible el parto. — *Exostosis, tumores óseos, degeneraciones cancerosas.* — Todas estas lesiones pueden constituir causas de distocia mortales para la madre y el hijo.

**Diagnóstico de los vicios de conformacion.** Cuando reconocen por causa el raquitismo ó lesiones congénitas, pueden sospecharse durante el embarazo. — No sucede lo mismo cuando se trata de tumores óseos, pelvis oblicuo-ovales ó callos deformes. — Hay necesidad, pues, de examinar con mucha atencion á las mujeres confiadas á nuestro cuidado, aun aquellas que no presenten signo alguno capaz de hacernos creer en un obstáculo procedente del sistema óseo.

**Indicaciones que resultan de los vicios de conformacion.** Sobre este punto no pueden formularse más que reglas generales; porque aun suponiendo que se conozca con exactitud la forma y diámetros de una pelvis estrecha, se ignora el volumen de la cabeza del feto y su grado de reductibilidad. — Estas circunstancias tienen una gran influencia en el resultado del modo de intervenir. — Hay un precepto que no debe olvidarse nunca, y es: apurar todos los medios menos graves antes de recurrir á los que presentan más peligros. — Bajo el punto de vista de la intervencion, pueden dividirse las pelvis viciadas en cinco clases: 1.º el diámetro más corto mide por lo menos 95 milímetros: expectacion, y despues de ocho horas de rotas las membranas, forceps; — 2.º el diámetro más corto mide por lo menos 80 milímetros: forceps, ayuda-forceps; — 3.º el diámetro más corto de la pelvis mide por lo menos 70 milímetros: perforacion del cráneo, ayuda-forceps y cefalotribo; — 4.º el diámetro más corto de la pelvis mide por lo menos 50 milímetros: cefalotribo; — 5.º el diámetro más corto es inferior á 50 milímetros: operacion cesárea.

### Obstáculos al parto dependientes del útero.

En este capítulo examinaremos las anomalías de la contractilidad, los obstáculos que dependen del cuello y las dislocaciones.

#### ANOMALÍAS DE LA CONTRACTILIDAD.

Las contracciones uterinas pueden hacerse ineficaces por varias causas. Este estado constituye la inercia uterina ó la debilidad de las contracciones, las cuales pueden ser tambien demasiado enérgicas, irregulares ó parciales. Cuando estas modificaciones del estado fisiológico pasan de ciertos límites, ejercen una influencia perjudicial en el parto, y son á veces origen de graves peligros.

**Inercia uterina. — Debilidad de las contracciones.** Hemos visto que la larga duracion del parto era por sí misma una circunstancia desfavorable para el puerperio. La inercia uterina y la debilidad de las contracciones, que constituyen dos grados diferentes de un mismo estado patológico, deben considerarse,

pues, como causas de distocia, puesto que contribuyen á prolongar el parto.

En el parto regular, la intensidad y frecuencia de las contracciones siguen, por lo comun, una marcha progresiva. No pasa, sin embargo, así siempre, y á menudo se ven contracciones débiles suceder á esfuerzos uterinos enérgicos, y períodos de calma más ó menos prolongados despues de contracciones frecuentes y sostenidas con actividad. Estas particularidades se observan igualmente en la inercia patológica del útero. Ciertamente puede existir desde el principio del parto, que marcha entonces con una lentitud insólita; pero sobreviene tambien en medio de los fenómenos más regulares y normales, cuyo curso detiene bruscamente, encontrándose entonces retardado el parto durante un tiempo variable, pudiéndose observar algunas veces la vuelta de estas suspensiones.

La inercia en estas circunstancias es una exageracion de las intermitencias naturales de la contractilidad, y es necesario que su duracion se prolongue por mucho tiempo para que adquiera caracter patológico. La apreciacion, sin embargo, de este dato está subordinada al período en que se la observa, siendo evidente que si sobreviene durante el alumbramiento, por poco que la inercia se prolongue, puede constituir un accidente mortal.

Cuando el parto, sin otra complicacion que la debilidad de las contracciones, se prolonga más allá de treinta horas, se admite la inercia uterina.

Los peligros de la inercia aumentan con la marcha del parto. En el período de dilatacion es menos grave que en el expulsivo, y es sobre todo temible en el acto del alumbramiento.

Al principio, las contracciones débiles y separadas por períodos completos de calma, dilatan el cuello con suma lentitud. La mujer no sufre grandes dolores, pero la privacion del sueño le ocasiona un cansancio, un eretismo nervioso perjudicial, á los que se unen á veces el desaliento y vivos temores. Creo que este estado no está tan completamente exento de inconvenientes como se dice, porque es claro que la conmocion nerviosa que de él resulta agrega un contingente de peligros á los accidentes que pueden sobrevenir en un período más avanzado.

Rotas las membranas, la suspension prolongada del parto tiene inconvenientes más graves todavía. Cuando la cabeza se encaja en la excavacion, son permanentes las compresiones que ejerce sobre las partes blandas, persistiendo el dolor aun cuando falten las contracciones.

Los fenómenos morbosos se marcan mucho mejor que en el primer período; el pulso se anima y se hace frecuente, se observan síntomas de reaccion general, grande excitacion, vómitos y á veces delirio. Los órganos genitales adquieren una viva sensibilidad, y la presion de la cabeza del feto determina gangrenas locales y fístulas consecutivas.

Por último, en el instante del alumbramiento, la inercia de la matriz puede ser causa de temibles hemorragias fulminantes que priven de la vida á la mujer en algunos minutos.

La inercia presenta variedades y grados diferentes; no siempre se manifiesta de la misma manera; á veces las contracciones son débiles y lánguidas desde el principio. En otros casos son enérgicas y frecuentes al iniciarse el parto; despues se debilitan ó cesan por completo, ya espontáneamente, ya despues de haberse rendido luchando contra un obstáculo que no pueden vencer.

**CAUSAS Y TRATAMIENTO DE LA INERCIA UTERINA.**—Las causas de la inercia uterina son muy diversas, y las indicaciones que reclaman son en general especiales para cada una de ellas. Acompañaré, pues, su exposicion del tratamiento que conviene aplicarles. Ciertas causas de inercia uterina pertenecen á otros capítulos de la distocia materna, y para evitar repeticiones me contentaré sólo con indicarlás, puesto que serán más completamente examinadas en su sitio.

*Inercia esencial.* — *Insuficiencia de la incitacion nerviosa.*—Esta causa, verdaderamente esencial, es la más frecuente de todas, y á falta de otras complicaciones, sólo puede explicarse por un trastorno de la accion excito-motriz de los nervios uterinos. Caprichosa é irregular, como ciertos trastornos de la inervacion, puede ir precedida ó seguida de contracciones frecuentes y enérgicas.

El tratamiento de esta causa de inercia merece examinarse en los tres períodos del parto en que se manifiesta.

Durante la dilatacion, las sacudidas que produce la marcha tienen alguna influencia en la vuelta de las contracciones. Es necesario, pues, que se pasee la mujer apoyada en otra persona cuando sus fuerzas solas no basten. La titilacion de los pezones, las fricciones abdominales, la aplicacion del frio y los demas medios de provocar la accion refleja dan resultados demasiado pasajeros para poder contar con su utilidad. Yo, sin embargo, he empleado con buen éxito el baño sinapizado (750 gramos de harina de mostaza en un baño tibio) y he atribuido la vuelta de las contracciones en este caso á una accion refleja. Los baños tibios simples me han parecido de poca utilidad. Preciso es guardarse de dilatar con los dedos el cuello uterino, porque este procedimiento, doloroso y desagradable para la mujer, despierta, segun dice, contracciones irregulares. La integridad de las membranas debe respetarse hasta la completa dilatacion del cuello. Es necesario sobre todo de abstenerse de preparaciones opiadas, que agravan la situacion en vez de mejorarla.

La ducha uterina es un medio excelente, pudiéndose recurrir tambien á la esponja preparada ó al dilatador de Tarnier. Estos diversos procedimientos, que examinaremos al tratar del parto



*prematureo artificial*, dan por resultado hacer que aparezcan las contracciones.

Finalmente, puede darse el cornezuelo de centeno, si bien no hay acuerdo acerca de la oportunidad de su empleo en este período del parto. Algunos autores lo administran solamente después de la dilatación completa del cuello, porque temen la rotura del útero ó que se interrumpa la circulación fetal.

Cuando se administra un medicamento enérgico, el efecto que produce es proporcionado á la dosis empleada, la cual sabe medir el profesor inteligente de manera que no sea nociva. Ciertamente que tendrá que sentir si de una vez administra cuatro ó cinco gramos del cornezuelo de centeno; pero si le da sucesivamente y en pequeñas dosis de treinta ó cincuenta centigramos, por ejemplo, continúa dominando la situación, y el medicamento basta para reanimar las contracciones lánguidas, sin que produzca un tétanos uterino peligroso.

Añadiré que la integridad de la circulación fetal no puede comprometerse en tanto que permanezcan intactas las membranas. Administrado con inteligencia el cornezuelo de centeno, no presenta, pues, en este período del parto ningún peligro, y sus ventajas son incontestables. La rapidez de su acción permite regular su empleo con mucha exactitud. (Véase *Cornezuelo de centeno*.)

Para combatir la inercia esencial después de la dilatación completa del cuello, puede apelarse á la rotura de las membranas. La depleción parcial del órgano va seguida, por lo común, inmediatamente de un trabajo regular y sostenido. Puede pasearse la mujer, pero vigilando atentamente si el feto avanza. Podrán ensayarse las fricciones abdominales y las excitaciones de la acción refleja; las lavativas purgantes, hoy día abandonadas y con tanta frecuencia usadas por los antiguos, pertenecen á este orden de agentes.

La indicación del cornezuelo de centeno se presenta de nuevo, siendo necesario usar de él con prudencia, porque la salida del líquido amniótico deja al feto en contacto directo con la pared uterina, y la circulación placentaria sufre interrupciones incessantes producidas por las dosis del medicamento. Necesario es igualmente que no se oponga á la expulsión ninguna de las causas mecánicas que enumeraremos en seguida. En el caso en que el estado de sufrimiento del feto exigiera una intervención más rápida, se recurriría al fórceps.

Después de expulsado el feto, la inercia de la matriz es excesivamente grave cuando la placenta está parcialmente desprendida. Hay mujeres predispuestas á este accidente, que sobreviene en todos sus partos. Cuando se está prevenido, es necesario no esperar al último momento para intervenir. Tengo la costumbre en estos casos de administrar un gramo de cornezuelo de centeno durante la expulsión del feto, para que obre el medicamento en tiempo oportuno. Algunos autores temen que el cornezuelo de

centeno determine la contraccion del orificio uterino, y se oponga á la extraccion de la placenta. Este temor es exagerado, porque las contracciones originadas por el medicamento obran sobre todo el órgano, y no sobre una sola de sus partes; los cuerpos extraños que contiene, placenta ó coágulos, son comprimidos y expulsados con energía. Sin embargo, pudiera suceder que una dosis muy elevada determinase, como he observado una vez, contracciones irregulares y el encastillamiento pasajero de la placenta; cuyo accidente presenta tan poca gravedad, comparado con los peligros de la hemorragia, que no dudaría un momento en arrostrarlos. Expulsada la placenta, se puede sin inconveniente administrar tres ó cuatro gramos del cornezuelo para combatir la inercia. A falta de este medicamento, ó mientras se espera que su accion se manifieste, se ha recomendado introducir la mano en la cavidad uterina, para excitar sus paredes y extraer los coágulos ó la placenta.

Podría emplearse tambien la electricidad, si tuviera el profesor un aparato á su disposicion. Varios autores indican la eficacia de este agente para reanimar las contracciones. Durante el parto se coloca uno de los reóforos sobre el vientre y el otro en el cuello uterino. Este último reóforo aislado, podría llevarse á la misma cavidad uterina despues de la deplecion del órgano.

Cuando el parto ha sido largo y penoso, pueden ser insuficientes los últimos esfuerzos de expulsion para desprender la placenta. Si el vientre está blando, la matriz flácida, y no se ha derramado sangre despues de la salida del feto, la mujer no corre peligro alguno inmediato, y puede esperarse que las contracciones tardías, al verificar el alumbramiento, cierren la puerta á la hemorragia. Sin embargo, es prudente dar un gramo de cornezuelo y administrar una dosis mayor luego que la placenta sea expulsada, porque de esta manera se precaven las inercias secundarias, que son igualmente muy peligrosas.

Tengo cuidado de dejar á disposicion de la asistencia cierta cantidad de cornezuelo, á fin de que pueda detener inmediatamente los accidentes que podrían ocurrir en mi ausencia.

*Distension excesiva del útero.* — Esta causa de inercia es muy activa, ya sea determinada por un embarazo múltiple ó por una hidropesía del ámnios.

La fibra uterina, distendida más allá de sus límites normales, parece que ha perdido su resorte. El parto es lento, y las contracciones, poco enérgicas, son, sin embargo, muy dolorosas y fatigan mucho á la mujer.

Se remedia esta causa de inercia rompiendo las membranas, en cuyo caso el órgano se rehace y el parto adquiere una marcha más sostenida. Se saben los inconvenientes que resultan para el feto de la compresion directa del útero, y, por lo tanto, es necesario reservar el empleo de este medio, y esperar todo lo posible á que la dilatacion esté bastante adelantada.

*Rotura prematura de las membranas.* — Parecerá extraño que el romperse prematuramente las membranas sea una causa de inercia, puesto que en algunos casos la rotura artificial es precisamente el medio de combatirla. Confieso que me limito á indicar el hecho, sin tratar de explicar esta contradiccion. P. Dubois está muy dispuesto á poner en duda la eficacia de esta pretendida causa, y yo no he encontrado en los autores ninguna observacion concluyente que la justifique.

*Muerte del feto.* — Hemos visto que la muerte del feto no tiene influencia alguna en la marcha del parto, y me parece inadmisibile que la pueda tener en la inercia uterina.

*Estado enfermizo de la madre.* — Hay gran independencia funcional entre el sistema nervioso de la vida orgánica y el de la vida de relacion; así se ven mujeres débiles ó muy debilitadas por afecciones crónicas, en las que el parto marcha con una energía que no se hubiera sospechado. Sucede á veces, sin embargo, que en mujeres que han agotado profundamente sus fuerzas, el útero participa, al parecer, de la debilidad general; sus esfuerzos languidecen y el parto marcha con suma lentitud.

La conducta que debe seguirse es la misma que en la inercia esencial; sólo que es necesario no perder de vista que la fatiga inherente al parto constituye una causa grave de aniquilamiento para la enferma. Es, pues, conveniente, en estos casos, intervenir con la mayor rapidez posible, en interes de la madre.

*Impresiones morales vivas.* — Bajo su influencia se ve algunas veces que el parto regular se suspende de un modo brusco. De aquí han deducido algunos autores, aunque sin razon, que en ciertos casos la contractilidad uterina está regida por la voluntad, pero ya demostramos el poco fundamento de esta opinion.

Puede bastar para producir este resultado la presencia, sin previo anuncio, de un profesor desconocido de la mujer. Hay necesidad, en cuanto sea posible, de evitar las noticias y todo lo que sea capaz de impresionar á la parturiente, y hacer que abandonen la estancia aquellas personas cuya presencia puede serle desagradable.

En los casos en que persistiera esta inercia, por lo comun pasajera, se la trataría como si fuera esencial.

*Plétora.* — Se dice que puede determinar la inercia un estado de plétora general ó localizada en el útero. Ya he dicho que no hay en la organizacion de la matriz nada que nos autorice á admitir la posibilidad de una plétora localizada, y que en ningun caso se había comprobado su existencia por síntomas característicos. Si esta causa es muy dudosa, el efecto que se le atribuye está menos demostrado todavía. Esta idea forma parte de la antigua coleccion científica de una época en que se razonaba mucho, sin que el razonamiento se apoyase en tantas pruebas como en nuestros dias.

La plétora general es un estado que, si bien es sumamente

raro en la gestacion, no puede, sin embargo, negarse; sólo que no conozco observacion alguna, procedente de autores modernos, que demuestre la eficacia de esta causa de inercia. El tratamiento preconizado en semejante caso era, naturalmente, la sangría.

*Gordura excesiva.* — Se ha observado que en las mujeres excesivamente gruesas, el período expulsivo era á veces lento y la contractilidad poco enérgica. Velpeau aconseja en este caso una faja abdominal, destinada á dar puntos de apoyo á los músculos.

*Inercia determinada por el padecimiento de un órgano más ó menos próximo.* — La inercia sobreviene, algunas veces, por un dolor violento, extraño al parto, cualquiera que sea su causa ó su asiento, como neuralgias, calambres, vómitos pertinaces, distension de la vejiga ó del recto, compresiones de los nervios, etc. En estas circunstancias se recurre al tratamiento sintomático, y si no basta para calmar los accidentes, se termina el parto lo más pronto posible.

*Inercia consecutiva á contracciones enérgicas que no han podido vencer un obstáculo mecánico.* — Cuando un obstáculo mecánico se opone á la marcha ó terminacion del parto, la matriz agota sus fuerzas al cabo de algun tiempo y cae en la inercia. Las numerosas causas que producen este resultado serán examinadas especialmente en el transcurso de este capítulo, contentándome, por ahora, con indicarlas: se trata de oblicuidades del útero, de resistencia del cuello, de su desviacion, de estrecheces pelvianas, de resistencia de la vulva y del periné, de malas presentaciones ó del exceso de volumen del feto.

Esta inercia es de las más graves, porque sobreviene despues de una lucha enérgica, y va acompañada de un estado de aniquilamiento, cuya accion es funesta en el puerperio. Hasta puede suceder tambien que venga la muerte antes que el alumbramiento.

Sobreexcitado el útero por el obstáculo que encuentra, gasta una suma de esfuerzos considerables, no tardando en agregarse los síntomas generales á la inquietud y agitacion que se apoderan de la paciente. Se presentan vómitos, el pulso se acelera y el vientre se pone doloroso. La mujer es atacada de desmayos, de síncope, de delirio, y sucumbe á un verdadero agotamiento nervioso.

Entre los obstáculos que determinan estos graves accidentes, los hay casi insuperables para el útero, tales como las estrecheces pelvianas ó las malas presentaciones del feto. En estos casos se debe intervenir inmediatamente para evitar que el exceso de esfuerzos produzca la inercia y los fenómenos morbosos que acabamos de indicar. En los casos de resistencia del cuello y del periné, puede esperarse que los esfuerzos de la matriz lleguen á vencer el obstáculo, pero sería imprudente, en este caso, confiar en la naturaleza, y vale más precaver la inercia inminente, que esperar á que haya llegado.

En el primer período del parto la intervencion no da inmediatamente resultado. Cuando se trata, por ejemplo, de la resistencia del cuello, lo más que se puede emplear son los medios que favorezcan su dilatacion; pero el órgano debe ejecutar todavía un trabajo que necesita esfuerzos sostenidos y prolongados. Ahora bien: la mujer ha hecho todas las fuerzas que puede ejercer sin peligro. En estas circunstancias no dudo en provocar una inercia artificial antes que sobrevenga la que resulta del cansancio. El láudano, administrado en cantidad de 15 á 30 gotas en lavativas pequeñas, suspende inmediatamente el parto durante un tiempo proporcionado á lo elevado de la dosis. Este descanso, que se prolonga todo el tiempo necesario para que repare la mujer sus fuerzas, no tiene influencia grave sobre el niño, antes de romperse las membranas. Los baños generales contribuyen á calmar la agitacion, y son ayudantes que conviene emplear.

**Exceso de energía en las contracciones: parto rápido.** El parto que recorre sus fases con demasiada rapidéz se ha considerado como peligroso para la madre y el hijo.

Claro está que, concidiendo la energía y frecuencia de las contracciones con un obstáculo mecánico, es una circunstancia grave, porque predispone á los accidentes que acabamos de indicar. Pero, en circunstancias ordinarias, la gran rapidéz del parto no tiene, al parecer, los inconvenientes que se le atribuyen, segun demuestran las estadísticas de Collins, que he referido al tratar de las pelvis viciadas, y en las que se ve que la mortalidad de las madres es de 1 por 322 cuando el parto ha durado una hora, y de 1 por 80 cuando su duracion ha sido de 7 á 12 horas. Para el niño, la mortalidad ha sido de 1 por 23 cuando no ha pasado el parto de dos horas, y de 1 por 11 cuando ha tardado de 7 á 12. La mortalidad sigue una progresion regular á medida que pasa de estos límites. Hé aquí un hecho notable, que demuestra, al parecer, que la suma de peligros está en proporcion directa de la duracion del parto, y que éste es tanto más favorable cuanto más rápido.

Para mí, las consideraciones teóricas pierden su valor cuando estadísticas bien hechas las invalidan, y la exactitud de las observaciones de Collins me obligan á aceptar su opinion.

En la práctica particular, el inconveniente grave del parto demasiado rápido depende de que el profesor no llega siempre á tiempo para dirigirle y prestar inmediatamente al niño los cuidados que puede reclamar. La vulva y el periné, bruscamente dilatados, pueden presentar roturas que una sabia intervencion hubiera precavido tal vez. Este inconveniente desaparece en los hospitales, en donde hay siempre personal dispuesto.

Se ha creido que influía algo la herencia en la produccion del parto demasiado rápido, y que las mujeres que presentan este fenómeno están expuestas á que se repita en todos ellos. Esto parece exacto, por lo menos en ciertos límites; sin embargo, es



necesario no fiarse demasiado de los antecedentes en esta cuestion, porque nada puede hacer presumir un parto lento, ni otro tan rápido que pueda recorrer sus fases á pesar de la diligencia del profesor.

De todos modos, me pongo en guardia contra esta eventualidad, recomendando á las señoras que soy llamado á asistir, que se pongan lavativas cortas con 10, 20 ó 30 gotas de láudano, si se declara el parto con rapidez tal, que haga temer su terminacion antes de mi llegada. Estas lavativas, administradas con una jeringuilla de oidos, conteniendo de 15 á 20 gramos de agua, tienen una accion sumamente rápida y detienen el parto por varias horas.

La constitucion de la mujer no tiene influencia apreciable en la rapidez del parto: la única causa que puede invocar, á mi ver, es un aumento de la accion excito-motriz de los nervios uterinos.

Se ha dicho que el parto se observaba con bastante frecuencia en mujeres atacadas de afecciones graves, como la pulmonía, la escarlatina, la tísis, etc., y esto en razon de la poca resistencia de las partes blandas. El hecho puede ser exacto, pero la explicacion que se da de él no es satisfactoria.

La falta de resistencia de la region perineal produce necesariamente la falta de accion de los músculos abdominales, existiendo en este caso una especie de compensacion. Ademas, creo haber demostrado ya que la resistencia del periné residía principalmente en los planos fibrosos, cuya extensibilidad nunca está aumentada por el padecimiento. Finalmente, esta causa no podría obrar más que en el período expulsivo, porque la dilatacion del cuello, que es el tiempo más largo del parto, es en absoluto independiente de la accion de los músculos voluntarios, cuyo estado de debilidad ó vigor no influye nada en el fenómeno.

Se ha creido tambien que la expulsion demasiado rápida del feto podía determinar la inercia uterina en el instante del alumbramiento. Temo que se hayan confundido aquí dos cosas perfectamente distintas: la rápida deplecion del útero excesivamente distendido por una hidropesía del amnios, lo que efectivamente constituye una causa de inercia, con la deplecion rápida, determinada únicamente por exceso de energía en las contracciones. En este último caso, parece que el órgano sobreexcitado se encuentra verdaderamente en condiciones muy favorables para el alumbramiento, y que no experimenta ninguna de las causas de inercia.

Lo que parece mucho más verosímil es la postracion de la mujer por esfuerzos muy enérgicos y separados por cortos intervalos, y ademas el sufrimiento del feto, cuya circulacion podría hallarse entorpecida á causa de las contracciones demasiado frecuentes. Pero no basta que un hecho sea verosímil para aceptarlo, sobre todo, cuando hay, por otra parte, poderosas razones que lo invalidan.

Es preciso decirlo : todo lo que se ha escrito á propósito del parto demasiado rápido lleva más bien el sello de la teoría que el de la observacion. Los datos positivos que en esta cuestion poseemos, pertenecen á Collins, y, lo repito, la conclusion que de ellos puede deducirse es opuesta absolutamente á la manera de ver que discuto.

Sin embargo, si en razon del estado patológico de la mujer las contracciones demasiado frecuentes y enérgicas presentaran para ella inconvenientes graves y apreciables, podría suspenderse ó debilitar la accion del útero por medio de las lavativas laudanizadas de que acabamos de hablar.

Cuando la dilatacion del cuello es completa, debe la mujer permanecer rigurosamente en decúbito horizontal, sin cuya precaucion podría temerse que pariera de pié, lo que sería peligroso para el niño, ademas de encontrarse casi con seguridad comprometida la integridad de la vulva.

Hay una forma de contracciones anormales del útero, que se manifiesta cuando hace mucho tiempo que se ha roto la bolsa y cuando un obstáculo mecánico se opone á la terminacion del parto. La matriz, después de impotentes esfuerzos, se rehace y se aplica íntimamente al feto, quedando entonces en un estado de retraccion espasmódica permanente tan intenso, que es imposible introducir la mano para modificar la situacion del feto. Si se llega hasta el fondo del órgano, el brazo, comprimido por la region del cuello, y sobre todo por el segmento inferior del útero, sufre una presion tan violenta, que se paraliza la mano y queda incapaz para reconocer y coger las partes que toca. Con frecuencia es preciso renovar varias veces estas tentativas antes de terminar la version. Es necesario obrar con mucha prudencia y cuidado, porque los esfuerzos bruscos podrían determinar la rotura del órgano.

En estas circunstancias, si la expectacion parece peligrosa, al láudano es al que apelaremos ; sólo que debemos administrarlo con discrecion en pequeñas y repetidas dosis. Es necesario producir la relajacion del órgano, pero no su inercia ; porque es posible que por esta retraccion se encuentre la placenta desprendida en parte, y entonces habría que temer una hemorragia peligrosa. Los baños, aunque menos eficaces, dan, sin embargo, á veces, buenos resultados.

**Contracciones irregulares.** Los diversos planos musculares que hemos estudiado en el útero se contraen á veces aisladamente ; pero estas contracciones determinan con frecuencia dolores excesivos sin provecho para el parto. Las intermitencias que los separan no están constituidas por períodos de calma como en el parto normal, y este continuo sufrir hace caer á la mujer en un estado sumamente angustioso. Cuando estos fenómenos se prolongan, viene el malestar general y los accidentes que acompañan á un parto laborioso y que hemos señalado más arriba.

Estas contracciones irregulares, que han recibido la inexacta calificación de *tétanos uterino*, duran varias horas, ó hasta que se interviene para sacar á la madre de esta intolerable situacion. Las contracciones irregulares toman á veces una forma intermitente, desapareciendo para volver en seguida con nueva energía.

En las mujeres flacas, la mano aplicada sobre el vientre percibe estas contracciones en puntos limitados.

La mayor parte de las causas aducidas para explicar las contracciones irregulares son bastante hipotéticas. Posible es que haya aquí una especie de neurosis, felizmente rara, y especial del útero durante el parto. Sin embargo, tienen, al parecer alguna influencia en su desarrollo los obstáculos mecánicos que dificultan el parto y las tentativas hechas fuera de tiempo para dilatar el cuello.

Entre los medios terapéuticos aconsejados para remediar esta mala disposicion, el mejor y más infalible es el láudano en lavativas, el cual suspende el parto, para que vuelva al cabo de alguna horas á su marcha normal y regular. Esta particularidad me lleva á considerar la afeccion como una neurosis extraña al parto. Las embrocaciones al abdomen y las inyecciones emolientes no tienen valor alguno. Rara vez dan buenos resultados los baños, y es preciso ser acérrimo partidario de la sangría para llevarla hasta el síncope, como se ha aconsejado.

**Contracciones parciales espasmódicas.** Difieren de las precedentes en que no son móviles, sino persistentes. Se manifiestan, sobre todo, cuando el útero ha sufrido una deplecion parcial. Se admite que estas contracciones pueden residir en el cuerpo ó el cuello del útero.

**CONTRACCION Ó RETRACCION ESPASMÓDICA DEL CUELLO.** — Se designa con este nombre la resistencia del cuello durante el período de dilatacion. Algunos autores, y yo soy de su parecer, consideran este fenómeno como una simple *rigidez*. Por lo tanto, al tratar de ésta expondremos los síntomas de la retraccion en este período del parto.

En el período expulsivo, y cuando el feto ha salido en parte de la cavidad uterina, sucede que el orificio se retrae, se aprieta y amolda al cuello del feto, cuya marcha detiene. En las presentaciones de vértice, cuando ningun accidente exige que se termine con rapidez el parto, pueden esperarse, porque jamás llega la compresion hasta el punto de impedir la circulacion cervical, y es muy raro que el espasmo, comunmente desconocido, tenga una larga duracion. En los casos en que fuera necesario intervenir, se apelaría al forceps, y las tracciones moderadas y sostenidas bastarían para vencer el obstáculo.

No es mayor la dificultad del parto en las presentaciones pelvianas; pero sí lo es el peligro para el niño, á causa de la probable compresion del cordon umbilical. Nos esforzaremos entonces por

introducir dos dedos entre el orificio uterino y la presentacion para llegar á la mandíbula inferior del feto, haciéndola punto de apoyo para que las tracciones ejercidas sobre el cuerpo no recaigan sólo en la columna vertebral.

Despues de la expulsion del niño, puede ocurrir el mismo fenómeno para la placenta, oponiéndose la retraccion del cuello á que sea expulsada, como he observado varias veces; pero existía al mismo tiempo un estado de retraccion del cuerpo del órgano. El obstáculo reside siempre por encima del orificio interno; y si bien algunos autores, para completar su cuadro, han descrito el espasmo del orificio externo, continúo creyendo que jamás se ha observado y que es imposible.

El cuello uterino despues del parto está flácido, blando y como flotante en la vagina, no recobrando algo de su consistencia hasta pasados seis ú ocho dias. Queda, pues, en un estado de inercia completa. No conozco un solo caso en que se haya observado que el orificio externo ó el conducto cervical hayan opuesto el menor obstáculo á la introduccion de la mano en el útero despues del parto.

Cuando se explora el orificio uterino para reconocer la causa de retencion de la placenta, se encuentra un cono blando y flotante formado por el cuello. En el vértice de este cono se toca el cordon, encajado en una abertura estrecha y rígida formada por el orificio interno contraido. Se observa á veces en esta abertura una porcion de placenta estrangulada.

Es muy raro que en estas circunstancias haya necesidad de verificar inmediatamente el alumbramiento, porque la retraccion del órgano se opone á la hemorragia, que constituye el grave accidente de este período del parto. Basta, pues, esperar á que cese el espasmo para que la placenta sea expulsada naturalmente. Las observaciones de Stoltz prueban que un retraso de cuarenta y ocho horas en el alumbramiento no presenta inconveniente alguno. Sin embargo, como se han dado las reglas de la intervencion, las recordaré para los casos en que una circunstancia imprevista obligara al práctico á intervenir.

Con objeto de impedir que sea rechazado hácia arriba el útero, se colocará la mano izquierda en el vientre sobre el fondo del órgano; y los dedos de la mano derecha, reunidos formando un cono, intentarán atravesar el punto estrechado por movimientos de rotacion suaves y bien dirigidos. Vencido el obstáculo, se coge la placenta y se la extrae como en el alumbramiento artificial. El pretendido método de Dubroca, que consiste en introducir un dedo por el punto estrechado para triturar y reducir á papilla la placenta, me parece tan impracticable como irracional. Es ilusorio creer que un solo dedo, en posicion tan violenta, pueda desmenuzar un órgano tan voluminoso.

Sensible es que los autores admitan ciertas ideas sin discutir al menos su valor.

**CONTRACCION ESPASMÓDICA DEL CUERPO.** — *Enquistamiento, encastillamiento* (1). — Despues de la expulsion del feto, el útero puede contraerse parcialmente alrededor de la placenta todavía adherida. La matriz, estrangulada al parecer en su parte media, toma la forma de una calabaza de peregrino : es lo que se llama enquistamiento de la placenta. Una parte de este órgano puede estar estrangulada por el punto estrechado.

Numerosos hechos prueban la existencia indiscutible de esta forma. Como en este caso no es completo el *encastillamiento*, se ha querido perfeccionar la observacion suponiendo que la pared uterina, simplemente levantada alrededor de la circunferencia de la placenta, la circunda de un rodete y la engasta como una piedra de sortija. Claro está que, si verdaderamente se ha observado esta disposicion, no constituye más que el primer grado del enquistamiento y no merece denominacion especial.

El enquistamiento se manifiesta en general por causas desconocidas. Podría admitirse que depende de exceso de energia de las contracciones, coincidiendo con una placenta demasiado adherida. Yo lo he observado despues de la administracion de una gran dosis de cornezuelo de centeno. La disposicion orbicular de los manojos musculares situados hácia el infundíbulo de las trompas explica perfectamente su produccion.

El enquistamiento dura generalmente poco tiempo; la expectacion en estas circunstancias es el partido más prudente. Si á pesar de esto se juzgara necesario intervenir, se apelaría á las maniobras indicadas en el caso anterior.

El láudano haría cesar rápidamente la contraccion parcial; pero sería de temer una inercia inmediata y sus consecuencias, si se extralimitaba la dosis rigurosamente necesaria para vencer el espasmo sin abolir por completo la contractilidad. En los casos en que quisiera emplearse este medicamento, sería necesario hacerlo con mucho cuidado, empleando pequeñas dosis separadas por un intervalo de media hora.

---

**ENCASTILLAMIENTO.** — Traducimos de este modo la palabra francesa *enchâtonnement*, y confiamos en la aquiescencia de los médicos literatos, por las razones siguientes : 1.ª porque la voz *engatillamiento*, que se usa, es una corrupcion de *encastillamiento*, que hoy tratamos de restablecer, 2.ª porque *engatillamiento* da una idea inexacta del accidente que ha de representar y no recuerda en nada el gatillo del dentista ni el de las armas de fuego; 3.ª porque debemos poner el mayor cuidado en conservar la pureza del lenguaje, á pesar del uso admitido en algunas palabras de nuestra ciencia, adulteradas, por razones histórico-profesionales, que los lectores comprenderán perfectamente; 4.ª y última, porque el *Diccionario de la lengua*, 11.ª edicion de la Academia, año de 1869, al explicar las acepciones de las voces *encastillamiento* y *encastillarse*, nos autoriza para usarlas en el sentido figurado en que necesariamente tiene que emplearse toda palabra que trate de expresar el estado de retencion placentaria que ha dado lugar á la presente nota. — (N. de los T.)



## Obstáculos que dependen del cuello uterino.

Examinaremos en este capítulo las siguientes, anomalías que corresponden al cuello: la rigidez del orificio uterino, su oblicuidad, su obliteracion, la tumefaccion de su labio anterior, su hipertrofia y su degeneracion cancerosa.

**Resistencia del orificio uterino. — RIGIDEZ DEL CUELLO.** — Comprenderé en una misma descripcion la rigidez y la retraccion espasmódica del cuello. Los autores que las han descrito separadamente consideran la primera como una resistencia sencillamente pasiva, y la segunda como una retraccion activa del cuello uterino; pero éstas son dos variedades muy ligeras, y que son tanto más imposibles de establecer, cuanto que, en el parto normal, el cuello, en su período dilatante, se retrae algo despues de cada contraccion, cuando éstas no se suceden con rapidez.

El diagnóstico diferencial se fundaría sólo en el signo de que *generalmente* la sensibilidad es menos viva en la rigidez que en la retraccion espasmódica. Hé aquí un carácter clínico que no bastaría para establecer semejantes distinciones.

Creo que hasta ahora no se han apreciado de una manera exacta los elementos de resistencia que determinan la rigidez. Cuando empieza á dilatarse el orificio uterino, el cuello es tan sólo una expansion anatómica. He llamado ya la atencion varias veces sobre la circunstancia de que la parte superior del cuello no tiene manojos musculares tan robustos que por sí solos puedan luchar contra los esfuerzos contráctiles del resto del órgano.

Antes de empezar á dilatarse, el cuello presenta una superficie de algunos centímetros; al principio del período expulsivo, la circunferencia de su abertura mide 30 próximamente. Claro está que las partes suprayacentes, ó sea el segmento inferior del ovoide uterino, constituido por fibras transversales que tienen la misma direccion que las del cuello, deben experimentar una modificacion enteramente semejante. Si se compara la importancia de los planos musculares que sufren esta distension considerable con el manojito que cierra el cuello, se hace más evidente la importancia que deben tener en el acto de la resistencia, y que los obstáculos á la dilatacion residen principalmente en las fibras transversales del segmento inferior del útero.

Al conservar la denominacion aceptada de rigidez del cuello, es necesario tener en cuenta su elemento principal, cuya accion ha sido hasta aquí desconocida. Cuando se introduce la mano en el útero en estado de contraccion, se duerme muy pronto el antebrazo, á causa de la fuerte presion que lo paraliza. ¿Es posible admitir que semejante presion sea ejercida por el cuello de la matriz, que se encuentra inerte, blando y flotante, en la vagina despues del parto? Basta que las fibras del seg-

mento inferior tengan una potencia contráctil algo exagerada para que constituyan un antagonismo poderoso á la accion de los planos musculares del resto del órgano, y en estos casos es cuando se observa la resistencia llamada rigidez del orificio uterino.

La rigidez del cuello se presenta con bastante frecuencia en las primíparas, siendo muy hipotético todo lo que se ha dicho de los temperamentos en esta circunstancia. Puede iniciarse la rigidez en el período de dilatacion ó en época más avanzada, y la marcha del parto, hasta entonces regular, se suspende ó se hace sumamente lenta, y las contracciones más enérgicas no tienen, al parecer, influencia en la dilatacion. Este estado puede ser pasajero, pero muy á menudo se prolonga por horas enteras y va acompañado, en gran número de casos, de dolores de riñones que se han querido considerar como causas. Sobreviene la inercia uterina cuando el órgano ha agotado sus fuerzas en contracciones estériles; la matriz se sobreexcita en cierto modo por la resistencia que encuentra, despertándose esfuerzos continuos que es preciso detener, porque son origen de graves peligros.

La rigidez del orificio uterino tiene sus grados, y el parto, aunque penoso, puede terminarse espontáneamente; pero entonces, cuando una parte del feto es expulsada, no es raro ver al cuello abrazar y estrangular á la que sigue, como hemos indicado más arriba.

En la rigidez del orificio uterino, los bordes de la abertura están delgados y tensos, volviéndose muy sensibles al tacto. Si se prolonga este estado, pueden sobrevenir en la mujer los fenómenos generales que se presentan en los partos laboriosos y de larga duracion.

Es tan frecuente la resistencia del orificio uterino en sus diversos grados, que se la encuentra á cada instante en la práctica, siendo, en verdad, la causa más comun del parto prolongado, por cuya razon merece exponerse detalladamente su tratamiento.

Uno de los mejores medios para combatir este estado es el baño, de una hora lo menos de duracion, repitiéndole sin miedo varias veces, si hay necesidad; siendo preferibles en este caso los baños de asiento, porque causan menos molestias, son tan eficaces como los generales, y se preparan en algunos minutos. Es preciso vigilar atentamente su accion, porque el obstáculo cede á veces con gran rapidez por este medio, y si se ausentara el profesor mientras la mujer tomara el baño, podría llegar muy tarde para asistir á la conclusion del parto.

Se ha ensalzado la sangría general, llevándola algunos ingleses hasta el síncope, y practicándola con este objeto estando la mujer de pié. Posible es que este medio violento obre como perturbador, pero es dudosa su accion local, y yo me opondría á emplear semejante tratamiento antes de haber apurado los demas.

Se ha recomendado la belladona en los casos de rigidez del orificio uterino, fundándose en la eficacia que tiene para dilatar la pupila. Necesario es no deducir la conclusion general de que su accion será la misma sobre todos los esfínteres, puesto que produce un efecto diametralmente opuesto en el de la vejiga: las preparaciones de la belladona determinan la retencion de la orina. La constitucion anatómica del iris es completamente especial; este órgano debe su contractilidad á dos órdenes de nervios perfectamente distintos: el motor ocular comun, que se distribuye exclusivamente por sus fibras circulares, y el gran simpático, que sólo anima sus fibras radiadas. Esta distribucion tan especial no existe en la estructura del útero; es verdad que este órgano está animado por nervios de dos sistemas; pero no tienen en su distribucion límites tan marcados.

En este punto no son más concluyentes los hechos que las consideraciones teóricas, y si hay autores dignos de aprecio que creen haber obtenido buenos resultados de la belladona, otros hay que rechazan completamente su accion. Añadiré que no está exenta de peligros la administracion de este medicamento á las dosis indicadas, y en algunos casos podrían observarse accidentes graves. Con el extracto seco de belladona hace P. Dubois una bolita de 50 centigramos próximamente, que lleva en la uña del índice y la coloca en el cuello de la matriz; el calor y la humedad reblandecen el extracto, que se extiende por la superficie de la region. Si bien la mucosa vaginal no está dotada de un poder absorbente muy intenso durante el parto, hay mujeres de tal manera sensibles á la accion de la belladona, que nos exponemos, repito, con su uso á graves peligros.

Tienen aquí tambien su indicacion las lavativas laudanizadas como medio de suspender el parto. Sucede con bastante frecuencia que la contraccion recobra toda su eficacia en cuanto pasa la accion del medicamento, por cuyo motivo deberá apelarse al láudano, sobre todo en los caso en que la impotencia de los esfuerzos uterinos hubiera despertado en la mujer aquella reaccion general que debemos siempre evitar en cuanto esté á nuestro alcance.

Debe rechazarse absolutamente en estas circunstancias el cornezuelo de centeno. Lo mismo decimos del parto forzado; porque las tentativas para dilatar por la fuerza el orificio uterino están llenas de peligros. Es infinitamente preferible, cuando los medios indicados más arriba han fracasado, recurrir al desbridamiento del cuello.

Esta operacion se practica con un bisturí de boton, cuya hoja se guarnece de modo que sólo queden libres 2 ó 3 centímetros de su corte; se dirige al cuello, sirviendo el índice de conductor, y se practica una incision de algunos milímetros en varios puntos de la circunferencia del orificio uterino. Este método de desbridamiento múltiple es más ventajoso que el de la simple incision, porque son menos profundas las divisiones.

**Desviacion del cuello uterino.** — Al fin del embarazo el cuello del útero está casi constantemente dirigido mucho más hácia atras que en el estado de vacuidad. Sucede algunas veces, en los últimos tiempos de la preñez, que se exagera más esta disposicion, sin que el resto del órgano esté dislocado. No tengo necesidad de decir que en los cambios de lugar del útero esta desviacion del cuello no es tan marcada.

En estas circunstancias, la parte fetal que se presenta, sobre todo cuando es el vértice, deprime hácia delante el segmento inferior del útero, de manera que el cuello, dirigido hácia arriba y atras, es casi inaccesible al tacto. Ya he insistido repetidas veces en esta disposicion, que tan á menudo se encuentra en la práctica.

Cuando la desviacion es ligera, se reduce espontáneamente por las contracciones al cabo de poco tiempo. No sucedelo mismo cuando es muy pronunciada, porque las contracciones más enérgicas son impotentes para determinar la dilatacion del cuello. Su posicion excéntrica le sustrae á la accion de los esfuerzos uterinos que se agotan en el segmento inferior, sintiendo el cuello sus efectos de un modo indirecto, y viéndose con frecuencia, al cabo de veinticuatro horas de un trabajo sostenido, que apenas ha comenzado la dilatacion. Es absolutamente necesario, para que termine el parto, que el cuello uterino vuelva á su posicion normal.

Esta causa de distocia puede conducir á un grave error de diagnóstico cuando el profesor no ha asistido al parto desde el principio. Tenso el segmento inferior por el esfuerzo uterino, presenta una superficie lisa é igual, que puede tomarse por la cabeza del feto en el coronamiento. La falta de cuello en la region que se explora hace creer en la dilatacion completa, y se pronostica la próxima terminacion de un parto que apenas ha comenzado.

El error puede tener más graves consecuencias que las de una simple equivocacion, y se ha visto al forceps, aplicado en estas circunstancias, desgarrar la vagina y causar la muerte de la mujer.

La oblicuidad del cuello es posterior en la inmensa mayoría de los casos; algunos autores la admiten hácia delante y á los lados, pero yo no he encontrado en las colecciones observacion alguna.

Para remediar esta causa de distocia, se ha aconsejado enganchar el orificio uterino con el índice encorvado y mantenerle en el centro de la excavacion durante algunas contracciones. Este medio es bastante bueno; pero es impracticable muchas veces, porque el cuello, dirigido hácia el sacro, está tan elevado, que no puede alcanzarle el dedo; por otra parte, la maniobra, que debe hacerse con mucha prudencia y cuidado para evitar rasgaduras, causa á la mujer dolores vivos que obligan á renunciar á ella. Con mucho mejor resultado empleo el procedimiento siguiente: colocada la mujer en decúbito dorsal, con una almohada de-

bajo de las nalgas, se aplica un vendaje de cuerpo que comprime la region superior del útero. Al cabo de poco tiempo experimenta la matriz un movimiento de báscula que conduce al cuello á su direccion normal.

**Obliteracion del cuello uterino.** Se ha publicado un gran número de casos relativos á obliteraciones del cuello uterino en que se ha tenido que apelar al bisturí. Estas observaciones han sido acogidas, en general, con cierta desconfianza, y los autores clásicos, á pesar de creer en su posibilidad, no se atreven á admitirlas del todo.

Depault ha publicado sobre este asunto un trabajo, en el cual refiere tres casos que le son propios. Uno de ellos presenta la circunstancia especial de que no existía señal alguna de cuello, cuyo diagnóstico ha confirmado P. Dubois.

Las causas de esta singular anomalía no han sido siempre indicadas, no habiendo podido sobrevenir en ningun caso sino en una época posterior á la impregnacion. Las lesiones del cuello producidas en un parto anterior pueden ser el punto de partida de una obliteracion que se completa en el embarazo siguiente. Puede resultar tambien de tentativas de aborto ó de cauterizaciones intracervicales que han desarrollado en el cuello una inflamacion que produce este resultado.

La obliteracion recae en uno ú otro de los orificios. El diagnóstico presenta pocas dificultades cuando el cuello es todavía reconocible y está situado en su direccion normal. La falta de dilatacion despues de un trabajo regular y prolongado hace sospechar una obliteracion, cuyo diagnóstico se aclara explorando con el dedo y despues con una sonda ó estilete. Si la soldadura recae en el orificio externo, habiendo desaparecido completamente el cuello, sin que sus indicios sean más perceptibles por el tacto que por el espéculum, se encuentra el profesor en grandes dudas, porque puede temer que se trata de uno de esos casos que há poco hemos descrito, en los cuales, situado el cuello hácia atras y arriba, es completamente inaccesible, y el error tiene aquí alguna importancia, porque el tratamiento inevitable consiste en abrir una vía artificial al feto. Es preciso emplear todos los medios de investigacion, é introducir cuando sea menester cuatro dedos de la mano en la vagina (lo que no se ha hecho en las observaciones citadas) antes de dedicarse á operar. Depaul, al insistir en el diagnóstico de estos dos estados, dice que el profesor estará seguro de la falta del cuello, si puede alcanzar la insercion postero-superior de la vagina sin encontrar señales de él. Pero ésta es ya una gran dificultad, y no siempre puede llegarse á dicho punto aun cuando no exista desviacion del cuello. La pared vaginal huye delante del dedo, y es casi imposible reconocer exactamente sus limites. En el acto del coito, el miembro, que mide más de 10 centímetros, no llega á los limites de esta longitud: si así no fuera, sentiría la mujer vivos dolores du-



rante la cópula, y no creo que el dedo mejor dispuesto pueda pasar más allá. No quiero despertar la duda acerca de la realidad del caso de Depaul; creo tan sólo que el modo de reconocer que aconseja, en este caso es insuficiente para llegar á la certidumbre.

La obliteracion del cuello uterino no siempre es completa en el momenso del parto; puede ser parcial y atravesar todavía el estilete el tejido obliterante de nueva formacion. En este caso, el parto sufre igualmente una suspension que exige nuestra ayuda.

Nægele ha llamado la atencion acerca de una forma menos grave de obliteracion del cuello, en la cual los bordes del orificio externo están conglutinados por un tejido pseudo-membranoso que compara á la mucosa útero-placentaria. Los labios están bastante unidos para impedir su dilatacion. Se ha puesto en duda esta forma de oclusion cervical; pero, si bien poco frecuente, es indudable que existe; por mi parte la he observado dos veces en la Clínica, y una de ellas el diagnóstico pudo hacerse desde el principio del parto.

No se conoce la causa de esta obliteracion, muy diferente de la que acabamos de describir, habiendo querido considerarla como resultado de un estado inflamatorio, que nada lo demuestra.

La contraccion uterina basta algunas veces para romper el obstáculo; pero en otras es tan resistente la pseudo-membrana, que exige una ligera operacion.

El cuello aglutinado presenta la forma de una especie de taza, cuya depresion está ocupada por la pseudo-membrana. Es notable ver que un obstáculo tan débil impida la dilatacion y resista á las contracciones más enérgicas del principio del parto.

Cuando se produce la obliteracion del cuello por la presencia de un tejido cicatricial, desarrollado en su orificio externo, se aprovecha el momento en que hay una contraccion para llegar hasta la cicatriz con un bisturí convenientemente resguardado, al que sirve de conductor el dedo. Se incinden los tejidos capa por capa en una longitud de 10 á 15 milímetros, y en la direccion del diámetro transversal, deteniendo el instrumento cuando se experimenta la sensacion de una resistencia vencida. Con el dedo se examinará con cuidado la herida para limitar su extension, y si se han roto las membranas, la salida del líquido amniótico no dejará duda acerca de su perforacion.

En el caso en que la falta completa de cuello no permitiera determinar el punto en que ha existido, se practicará la incision en la línea media, algo hácia atras, en el sitio donde el cuello se encuentra habitualmente. Por fortuna, esta anomalia es muy rara, porque, en razon de la estructura del útero, no es indiferente que la incision se haga á la eventualidad, á que se ve obligado el profesor cuando no encuentra indicios de cicatriz ni aun empleando el espéculum. Depaul pretende que, en este punto, el dedo explorador encuentra una resistencia algo menor, que atribuye al adelgazamiento del tejido uterino.

Colocada la mujer en el borde de la cama, se practica en el segmento inferior del útero una incision de 8 á 10 milímetros con un bisturí convenientemente cubierto. Esta incision se toma como punto de partida para hacer desbridamientos múltiples con el bisturí de boton. Los instrumentos especiales inventados para practicar la histeretomía vaginal han sido con justicia olvidados. Es preciso que las incisiones interesen solo el tejido uterino, teniendo cuidado de respetar la vagina, á pesar del consejo contrario dado por Flamand.

Las simples aglutinaciones, como ya hemos dicho, se rompen á veces espontáneamente por efecto de las contracciones. Cuando persiste la adherencia, basta la presion del dedo ó la introduccion de un instrumento romo entre los labios pegados para separarlos.

Leconte ha observado en una vaca la obliteracion completa del cuello de la matriz, que exigió una operacion. Perteneciente á Darreau, refiere otro caso semejante, en el cual se hizo con buen resultado la histeretomía abdominal.

**Abultamiento y compresion del labio anterior del cuello.**— Cuando la cabeza se ha encajado algo prematuramente en la excavacion, una parte del labio anterior del cuello puede encontrarse cogida, despues de rotas las membranas, entre la sínfisis pubiana y la parte fetal. La circulacion se dificulta en el punto comprimido, y se observa el edema y una infiltracion considerable. Si se prolongara este estado, sería de temer una mortificacion local.

Entre las observaciones citadas hay una de Blot, en la cual la porcion comprimida tenía 3 centímetros de grueso y salía por la vulva. La coloracion violada, la falta de latidos y la consistencia del tumor, no permitirán confundirlo con la procidencia del cordon umbilical.

El segmento anterior del orificio uterino, pellizado, no impide la dilatacion de su parte posterior, pero da lugar á dolores bastante intensos para suspender la contraccion y retardar el parto.

La conducta que debe seguirse en semejantes casos, consiste en elevar la parte tumefacta, aprovechando el intervalo de los esfuerzos uterinos, y mantenerla por encima del pubis hasta que la cabeza esté bastante encajada para no temer una recidiva de esta procidencia. Se han aconsejado las escarificaciones para evacuar los líquidos infiltrados; pero creo prudente no recurrir á este tratamiento sino cuando sea imposible la reduccion del tumor.

**Hipertrofia del cuello uterino.**— Algunos autores han considerado la hipertrofia y prolongacion del cuello uterino, que á menudo se observan en el estado de vacuidad, como un obstáculo para el parto.

Dos veces he comprobado la hipertrofia del cuello de la matriz en mujeres que estaban de parto: una vez fué en la clínica, habiendo durado el parto más de lo ordinario; la otra recayó en

una señora de mi clientela, en la cual siguió una marcha tan rápida, que parió en mi ausencia, á pesar de que fuí llamado cuando se presentaron los primeros dolores. El parto se verificó en menos de tres cuartos de hora.

Después del puerperio, el cuello de la matriz medía 7 centímetros, y se presentaba en la vulva durante los esfuerzos.

Me encuentro dispuesto á creer que la hipertrofia del cuello no es, por sí misma, un obstáculo grave para la marcha del parto.

**Cancer del cuello de la matriz.** — Hé aquí una complicación que tiene para la madre un pronóstico sumamente grave. En veintisiete observaciones referidas por Puchelt, han muerto cinco mujeres durante el parto, y nueve pocos días después. Casi es tan triste para el niño la estadística de Puchelt, puesto que con-signa quince muertos.

La degeneración cancerosa priva de su contractilidad á la parte invadida. En este punto ha perdido el tejido uterino su extensibilidad, está duro y se desgarrá, sin prestarse á la ampliación.

La influencia del cancer en el parto varía naturalmente según la extensión de la enfermedad. Si el cuello está alterado parcialmente, la región sana experimenta una distensión considerable, y el parto se verifica de un modo espontáneo, aunque con más lentitud. Si todo el cuello está canceroso, es de temer que muera la enferma aniquilada por estériles esfuerzos.

La manera de intervenir consiste en practicar profundos y múltiples desbridamientos en las partes enfermas, á fin de evitar la rotura única y espontánea, que podría llegar hasta el cuerpo del útero.

Teniendo en cuenta la naturaleza de la enfermedad, necesariamente mortal para la madre, será preciso, si la pelvis está invadida por masas cancerosas bastante desarrolladas para exigir la embriotomía, recurrir sin vacilar á la operación cesárea, estando vivo el niño.

### Dislocaciones del útero.

Este capítulo comprende las desviaciones del útero, su prolapso, su inversión y su hernia.

**Desviación del útero.** — Aquí volvemos á encontrar los obstáculos que dependen de la dirección viciosa del cuello. Pero estas direcciones viciosas se hallan aquí bajo la dependencia de la situación anormal del cuerpo del órgano, y merecen estudiarse de una manera especial. Se ha admitido que la matriz podía desviarse en cuatro direcciones: hacia atrás, retroversion; adelante, anteversion; á derecha é izquierda, oblicuidades laterales. Estas dos últimas formas tienen poca importancia, porque nunca han sido tan pronunciadas que hayan impedido el parto, por cuya razón no haremos más que mencionarlas. La retro y la ante-ver-

sion tienen una importancia práctica mucho más grave, y merecen un examen atento.

**Retroversion.** En esta forma de dislocacion se pone el fondo del órgano en contacto con la corvadura del sacro, mientras que el cuello se coloca detras de la sínfisis pubiana.

La retroversion del útero durante el embarazo es del todo independiente de la que padece la matriz en el estado de vacuidad. y no es, en manera alguna, su consecuencia.

*Frecuencia.* — Sin ser muy frecuente la retroversion, se la ha observado, sin embargo, bastantes veces para que sea bien conocida su historia. Su mayor frecuencia, relativamente al período de embarazo, se encuentra entre el tercero y cuarto mes. Elleaume, en cincuenta y dos casos, ha notado la proporcion siguiente :

1	caso	sobrevino	al mes
2	—	—	al mes y medio.
7	—	—	á los dos meses.
11	—	—	á los tres meses.
10	—	—	á los tres y medio.
16	—	—	á los cuatro.
4	—	—	á los cinco.
1	—	—	á los siete.

Sumamente rara, como se ve, en el primer mes, lo que se atribuye al poco volumen del útero, que no encuentra todavía obstáculo para subir, se hace excepcional la retroversion despues del quinto, porque en esta época el órgano adquiere derecho de domicilio en el abdomen. Sin embargo, puede persistir desconocido el accidente hasta el momento del parto, como lo prueba la observacion de Billy.

*Causas.* — Se ha admitido que la retroversion podía presentarse de una manera lenta ó repentina. En la inmensa mayoría de los casos este último modo de produccion es el que se observa. La dislocacion sobreviene de pronto por un esfuerzo brusco, que determina una presion sobre los órganos pelvianos; una caída ó una violencia sobre el vientre puede tambien producir el mismo resultado. La distension de la vejiga es una circunstancia accesoria, que en varios casos influye de un modo bastante activo. La proyeccion hácia delante del ángulo sacrovertebral, que se coloca entre las causas frecuentes, se ha observado muy rara vez en estas circunstancias. Es un agente del orden mecánico, que obra por la misma razon que los tumores pelvianos ó las adherencias peritoneales.

Rara vez se presenta la retroversion en el primer embarazo, constituyendo los partos anteriores una predisposicion tanto mayor cuanto más numerosos han sido. Es sumamente raro observar la recidiva en una misma mujer; D'Outrepoint y Parent citan cada uno un caso ocurrido en pelvis viciadas.

*Síntomas.* — Si la replecion considerable de la vejiga puede tener alguna influencia en el mecanismo de la retroversion, más cierto es que ésta determina la replecion de la vejiga por la com-

presion de su cuello. En muchos casos, la dificultad ó imposibilidad de orinar es el primer síntoma que llama la atencion de la enferma, habiéndose visto adquirir á la vejiga proporciones enormes. Reineick pretende haber extraído 20 libras de líquido en una mujer.

Tiene su importancia este carácter bajo el punto de vista del diagnóstico. Una retencion de orina que sobreviene de pronto y sin causas apreciables en una mujer embarazada, conducirá al profesor á examinar la situacion de la matriz.

Algunas veces la orina sale todavía gota á gota por rebosamiento. Si permanece mucho tiempo en la vejiga, experimenta alteraciones en su composicion, encontrándola fétida, mezclada con pus ó con sangre; y, finalmente, se han visto sobrevenir accidentes mortales, debidos á la uremia (Bamberger) y á la rotura de la vejiga. Lynne y Hunter han observado esta terminacion.

Las funciones del intestino se encuentran entorpecidas igualmente por la compresion, y Macleod, en un caso de retroversion en que fué imposible el parto, comprobó una perforacion del intestino, sucumbiendo la mujer despues de un embarazo de diez meses.

P. Dubois observó la rotura de la vagina por la misma causa.

Se han admitido varios grados en la retroversion uterina. En el primero, su eje mayor es horizontal; en el segundo, se encuentra el fondo más bajo que el cuello, por último, en el tercero, su eje mayor es vertical; pero con el fondo situado directamente hácia abajo. Esta forma es sumamente rara.

Varía la intensidad de los dolores uterinos en la retroversion. Puede suceder que no existan más que vagos dolores pelvianos, ser el órgano sensible únicamente á la palpacion ó al tacto; pero en el mayor número de casos, sobre todo cuando el embarazo ha llegado al cuarto mes, se declaran contracciones dolorosas como el aborto, siendo tanto más difícil alcanzar el cuello, cuanto más graduada es la retroversion.

Es necesario no perder de vista que puede sobrevenir la retroversion durante y despues del alumbramiento.

El examen de los síntomas que acabamos de enumerar permitirá hacer con bastante facilidad el diagnóstico. Unicamente será preciso explorar con cuidado, para no tomar, como se ha hecho, la parte accesible de la matriz por la cabeza del feto. Este error, casi inexcusable, se ha cometido alguna vez.

*Tratamiento.* — La primera indicacion que se presenta es la de vaciar la vejiga, y en estas circunstancias el cateterismo presenta algunas dificultades á causa de la desviacion y compresion de la uretra, siendo preciso recurrir á las sondas blandas.

Se desembarazará igualmente el intestino de las materias acumuladas por encima del fondo del útero. Si para conseguir este resultado son insuficientes los purgantes ó las lavativas, se apelará á los demas medios usados en semejantes casos.



Algunas veces, hecha la deplecion, el útero recobra espontáneamente su situacion normal, sobre todo cuando el accidente es de poco tiempo, pero conservando el órgano gran tendencia á las recidivas.

Cuando la reduccion no se verifica de un modo espontáneo, se interviene activamente colocando primero á la mujer sobre los codos y las rodillas. De esta manera se sustrae el órgano de la presion de las vísceras y son más eficaces las maniobras.

La reduccion puede intentarse por la vagina ó por el recto. Por la vagina se introducen dos dedos, que empujan el fondo del útero, mientras que con el índice de la mano libre se intenta enganchar su cuello situado hácia delante.

Este último tiempo de la maniobra me parece casi impracticable, aunque lo recomiendan todos los autores.

A veces este modo de obrar es insuficiente, y es necesario introducir toda la mano para hacerlo con más fuerza, pero entonces se aplicará el cloroformo, y se colocará la mujer en decúbito dorsal.

Se ha aconsejado hacer la reduccion por el recto, introduciendo en este órgano dos dedos ó toda la mano, cuyo último procedimiento debe rechazarse, por lo bárbaro. Se evitan á la enferma violentos dolores y otras lesiones posibles haciendo la reduccion por medio de una varilla encorvada segun el eje de la pelvis, y guarnecida de un tapon en un extremo, como lo ha hecho Evrat. Al mismo tiempo se obraría por la vagina sobre el cuello uterino, procurando engancharle para ponerlo en su direccion normal.

Si no bastan estos auxilios se apelará al aborto provocado. Ahora bien, no siempre es fácil alcanzar el cuello, y por consiguiente introducir en su cavidad los agentes destinados para determinar el aborto.

Cuando no bastan las tentativas ejecutadas para obtener este resultado, se apela al último extremo, ó sea á la puncion del útero. Esta puncion debe hacerse por la vagina y no por el recto, y tan cerca del cuello como sea posible, evitándose con este procedimiento las lesiones del peritoneo y de la vagina. Para esta operacion se empleará un trócar, y evacuando el líquido amniótico se harán nuevas tentativas de reduccion, que serán más eficaces á causa de la disminucion del volumen de la matriz.

**ANTEVERSION.** — La laxitud de la pared abdominal es la única causa de esta dislocacion, tan rara vez observada en las primíparas.

La anteversion, en un grado muy ligero, constituye el estado normal, porque limitada la cavidad del abdomen por detras por un plano resistente, necesario es que el útero se incline hácia delante á medida que se desarrolla. Esta disposicion normal puede llegar progresivamente, y por grados cada vez más marcados, á constituir una causa de distocia.

Durante la gestacion, los músculos abdominales se prolongan y separan considerablemente, y el tejido fibroso de la línea blanca, poco retráctil, experimenta modificaciones análogas. Despues del parto no vuelven rigurosamente estas partes á su estado primitivo; pudiendo observarse en las múltiparas la relajacion de la pared abdominal y la separacion de los músculos rectos, que persiste definitivamente. La línea blanca, muy ancha, ocupa el espacio que los separa, y es lo que se llama eventracion.

Segun que esta disposicion es más ó menos pronunciada, asi se ve al fondo del útero dirigirse simplemente hácia delante, hacerse horizontal el diámetro mayor del órgano, y aún colocarse su cara anterior en relacion con la parte anterior de los muslos. Este último grado constituye una especie de hernia á traves de la línea blanca (vientre en forma de alforja).

El cuello del útero sigue una marcha inversa y se eleva por detras segun el grado de dislocacion. Sin embargo, puede ocupar todavía su situacion normal en los casos ligeros, y entonces el órgano ha experimentado un movimiento de flexion sobre sí mismo.

La anteversion ligera no entorpece la marcha del parto, favoreciendo su reduccion espontánea el decúbito dorsal, que es la situacion más frecuente de la mujer durante aquel acto. Puede suceder tambien que en los casos más graves no se retarde sensiblemente el período de dilatacion, sobre todo cuando el cuello ha conservado sus relaciones de direccion con el cuerpo. A pesar de la situacion viciosa del útero, la resultante de las contracciones termina en el cuello, y sólo en el momento en que comienza el encaje es cuando la falta de paralelismo entre el feto y el conducto pelviano se opone á la marcha del parto. Hemos visto que en la simple desviacion del cuello hácia atras, era sumamente lento el período de dilatacion, lo que depende de que la resultante de las contracciones termina hácia el segmento inferior del órgano y no directamente en el orificio uterino, lo cual explica la diferencia que indico.

No siempre sucede así, sin embargo, y la anteversion del útero se acompaña á veces de una dilatacion muy lenta.

Los antiguos consideraban las oblicuidades uterinas como causas muy activas de las presentaciones de hombro. Posible es que en ciertos casos sea verdad; pero han exagerado ciertamente su valor.

La anteversion puede dar lugar á errores de diagnóstico como los indicados al hablar de la desviacion del cuello; sin embargo, la palpacion abdominal proporcionará un buen dato, y la mano del profesor, suficientemente ejercitada, reconocerá que la matriz no se encuentra en su direccion normal.

Para remediar esta dislocacion se aconseja enganchar el cuello con el dedo encorvado y traerle hácia el centro de la pelvis.

Esta maniobra tiene aquí más inconvenientes todavía que en la simple desviacion del cuello, porque se trata de mover todo el órgano.

Prefiero recurrir al procedimiento siguiente, que me ha dado un resultado pronto y satisfactorio aun en los casos graves. Colocada la mujer en decúbito dorsal durante todo el parto, con la cabeza un poco baja y elevadas las nalgas por medio de una almohada, se aplica un vendaje de cuerpo sobre el fondo del útero; al que dirige hácia atras, y muy pronto se comprueba la reduccion, que se verifica por un movimiento de báscula.

Se ha propuesto la hysterotomía vaginal para remediar la anteversion. Creo que un práctico hábil y prudente no tendrá jamás necesidad de recurrir á tal extremo.

Los veterinarios observan con frecuencia en la vaca y la yegua una dislocacion del útero muy notable, y que se explica por la constitucion de este órgano en estos animales. Por efecto de caidas, violencias, y á veces espontáneamente, ejecuta el útero un movimiento de rotacion sobre su eje mayor, que vuelve hácia arriba su cara inferior. En un grado más pronunciado el movimiento de rotacion es completo: las caras uterinas han recobrado sus relaciones normales, pero el cuello, inmovilizado por sus inserciones, no ha tomado parte en este movimiento. Hallándose cerrado por torsion, este obstáculo impide absolutamente la expulsion del feto. En estos casos se ha recurrido á la hysterotomía.

**Prolapso uterino.** Tiene sus grados, como las demas dislocaciones de la matriz. Varía entre un ligero descenso y la caida completa fuera de la vulva. En una observacion citada por Chopart se verificó la fecundacion en estas condiciones, desarrollándose lentamente el útero entre los muslos de la mujer.

El prolapso uterino puede ocurrir ó exagerarse durante el embarazo; pero rara vez constituye una grave complicacion para el parto. En general, la naturaleza se basta á sí misma, y las consideraciones que se han aducido, tales como la compresion de la pared uterina y la accion indirecta de los músculos abdominales, rara vez se han comprobado. En casi todos los hechos citados por Velpeau, el parto ha terminado espontáneamente.

El prolapso uterino es una causa muy favorable para determinar el aborto. Al término del embarazo no podemos pensar en reducir esta dislocacion hasta que no se desocupe el órgano. La intervencion consiste en desbridar el cuello, si su contacto prolongado con los agentes exteriores han alterado su textura. En el prolapso incompleto, cuando el período de expulsion se encuentra detenido, se recurre al forceps.

**Inversion del útero.** La matriz puede invertirse en el estado de vacuidad y en el momento del parto. Sólo nos ocuparemos aquí de esta última circunstancia. La inversion de la matriz

consiste en un cambio de relaciones de las superficies del órgano, cuya pared interior tiende á hacerse exterior.

Se admiten tres grados en la inversion. En el primero, el fondo del órgano, deprimido en forma de taza, se aproxima al cuello sin penetrar en su cavidad. En el segundo grado, una porcion del fondo invertido ha atravesado el cuello, en el que se introduce como en un anillo. Por último, la inversion completa del útero constituye el tercer grado: la vagina está ocupada por un tumor voluminoso, que puede salir fuera y colgar entre los muslos de la mujer. Es difícil admitir, con algunos autores, que hasta el mismo cuello esté completamente invertido.

*Causas.* — Con frecuencia sobreviene el accidente á causa de esfuerzos intempestivos para verificar el alumbramiento. Esta causa mecánica obra tambien en el momento de la expulsion del feto cuando es muy corto el cordón. En este caso hay que admitir una inercia momentánea del órgano, que sucede á contracciones enérgicas ó que coincide con tracciones violentas por parte del profesor.

La inversion se ha producido tambien de una manera espontánea durante el alumbramiento ó varias horas despues. Radford, Boerner y Klaatsch, citados por Simpson (*Obstetric Works*), han observado algunos casos. La explicacion que se ha dado de este fenómeno no es satisfactoria: unos han invocado las contracciones irregulares del útero, otros un estado de inercia del órgano coincidiendo con violentos esfuerzos de los músculos abdominales. Probable es que en estos casos haya una disposicion especial de la matriz, cuya naturaleza desconecemos.

*Síntomas.* — En general, sobreviene el accidente de una manera repentina, sintiendo la mujer, en el momento de verificarse, dolores sumamente violentos. Los fenómenos generales tienen una intensidad que varía segun el grado de inversion. Pueden presentarse síncope, vómitos, hipo y hasta convulsiones. La mujer es atacada de tenesmo vesical y rectal, y los esfuerzos que hace pueden exagerar la dislocacion del órgano.

En la inversion completa, si se encuentra desprendida la placenta, la hemorragia es considerable y puede hacerse rápidamente mortal. Hay, sin embargo, contracciones hasta cierto punto capaces de obliterar el calibre de los vasos. La constriccion del cuello contribuye igualmente á disminuir los peligros de la hemorragia. Cuando la placenta está completamente adherida no se observa flujo sanguíneo, el cual no empieza hasta que aquella se desprende por efecto de las contracciones.

La masa intestinal ocupa el sitio del globo uterino, y los ligamentos anchos estirados y comprendidos en la inversion ocasionan grandes dolores.

*Diagnóstico.* — La inversion del útero ha dado lugar á errores de diagnóstico sumamente graves. Se ha tomado el órgano

invertido por la cabeza de un nuevo feto, por un pólipo que complicaba el parto, y los esfuerzos hechos en estas circunstancias han producido la avulsion del tumor ó lesiones mortales para la enferma. Cuando la matriz completamente invertida sale á traves de la vulva, es difícil cometer errores tan grandes; pero son algo mas disculpables cuando las partes encerradas todavía en la excavacion no son accesibles más que al tacto.

Aparte de la palpacion abdominal y del tacto vaginal, que permitirán siempre al práctico instruido evitar semejantes errores, una sonda introducida en la vejiga y conducida hasta encontrar el dedo metido en el recto, hará reconocer si el útero ocupa ó no su sitio normal.

Es necesario observar tambien el rodete circular que se encuentra en el vértice del tumor, y que está constituido por el cuello constreñido. En la inversion incompleta, cuando no se ha desprendido todavía la placenta, es más difícil asegurarse de si ha sido ó no arrastrado el fondo.

*Pronóstico.*—La gravedad varía con el grado de la inversion. En los casos ligeros puede pasar desapercibido el accidente. La reduccion es fácil en general cuando el fondo únicamente asoma entre los labios del cuello. Si la inversion es completa, es irreducible muchas veces, y está expuesta la mujer á sucumbir de una hemorragia fulminante, ó á consecuencia de las afecciones puerperales que la intensidad de la reaccion general puede provocar.

*Tratamiento.*—La reduccion es el único tratamiento que debe intentarse, siendo difícil ó imposible cuando una porcion notable del órgano sobresale á traves del cuello. Con objeto de evitar la presion de las vísceras abdominales, se colocará á la mujer en decúbito supino, con las caderas elevadas y la cabeza baja.

Debe hacerse la taxis procurando que entren primero las últimas partes que han salido. Es menos aplicable este precepto cuando la inversion es completa; porque en este caso se empieza por deprimir el fondo con los dedos de la mano, reunidos formando un cono, para hacerle entrar el primero á traves del cuello. El obstáculo más grave para el buen resultado de esta maniobra es la retraccion del cuello, que se ciñe sobre la region que le atraviesa. En estos casos se puede recurrir, para determinar su relajacion, á las lavativas laudanizadas. Nunca es de temer la inercia, la cual debe intentarse obtener, á menos que no esté desprendida la placenta, en cuyo caso es más apurada la situacion. Si hay hemorragia alarmante, es preciso intentar con energía la reduccion, tomando, sin embargo, todas las precauciones posibles, á fin de no producir más daños. En estas circunstancias se ha aconsejado el uso del cloroformo, con objeto de combatir las contracciones de los músculos abdominales que dificultan la reduccion.

No están de acuerdo los autores acerca de la conducta que



debe seguirse cuando la placenta está todavía adherida por completo. Denman y algunos otros maestros quieren que se intente la reduccion antes de desprenderla. Kelly ha obtenido felices resultados obrando de esta manera. Velpeau quiere, por el contrario, que se desprenda primero. Es verdad que la separacion de la placenta disminuye el volumen del tumor y hace su reduccion más fácil, pero expone á una hemorragia. Creo, pues, racional intentar la reduccion antes de separar la placenta, y no desprender este órgano sino en los casos en que fuera impracticable la reduccion en estas circunstancias.

La reduccion, imposible en los primeros dias, puede efectuarse más tarde; Cowley la consiguió al tercero, Radfort al séptimo, Ingleby al octavo, y Belcombe despues de doce semanas, segun Simpson. Por último, Barrier, sirviéndose del cloroformo, pudo obtener una reduccion al cabo de quince meses.

Se ha aconsejado hacer una ligadura sobre la matriz completamente invertida. Esta es una mala operacion. Se citan los buenos resultados y se pasan en silencio los adversos, infinitamente más numerosos. La inversion completa constituye un achaque penoso, pero rara vez lleva consigo accidentes de tal naturaleza que comprometan la existencia. En casi todos los casos se puede introducir el tumor en la vagina y contenerlo por medio de un vendaje. De esta manera se libra al órgano de las irritaciones causadas por el roce de los agentes exteriores.

La inversion del útero se observa igualmente en los animales.

**Hernia del útero.** Dejando á un lado la observacion sumamente extraordinaria de Saxtorph, en que se trataba de un útero herniado á traves del anillo crural, y que se desembarazó espontaneamente del producto de la concepcion, todos los demas casos citados por los autores se refieren, al parecer, á eventraciones por la línea blanca; es decir, á anteversiones que no merecen el nombre de hernias.

No son muy comunes en la ciencia los casos de hernias de la matriz á traves del conducto crural ó del inguinal. Si en estas circunstancias la mujer se hiciera embarazada, habría que esperar, y en el caso de que fuera impotente la naturaleza para verificar el parto, se intentaría la version, y si no bastase, se recurriría en el último extremo á la operacion cesárea (1).

---

(1) En el año de 1840, D. Julian Ledesma, profesor de cirugía del hospital M. de Salamanca, publicó una Memoria con el título de *Fenómeno raro de preñez ó historia de una hernia de la matriz en estado de gestacion, terminada felizmente por la operacion cesárea, con la extraccion de una niña viva, sana y de todo tiempo, sin ulterior lesion de la madre, con observaciones curiosas de auscultacion y percusion sobre el seno materno de la misma.*

Acompañan á esta Memoria dos láminas en color, representando la primera el saco formado por el útero en estado de gestacion á los seis meses de embarazo, y la segunda representa la salida de la niña por la abertura de seis pulgadas hecha en el útero y los dos vasos sanguíneos que arrojaron mayor cantidad de sangre.

## RESUMEN.

## Obstáculos al parto dependientes del útero.

**Anomalías de la contractilidad. INERCIA UTERINA.**—Todo lo que contribuye á prolongar la duración del parto aumenta sus peligros. La inercia uterina es, pues, una causa de distocia.—La inercia uterina puede presentar alternativas, como se observa en el parto normal, no siendo entonces más que una exageración de las intermitencias naturales.—Es preciso que tenga alguna

La Memoria está dividida en tres partes, que llevan por título: *Historia, Auscultación y Operación.*

1.<sup>a</sup> *Historia.*—«Elena Ramos, natural de Salamanca, de cuarenta y dos años de edad, casada, de temperamento sanguíneo, de buena estatura, bien nutrida y reglada. Tuvo seis partos felices y naturales, y como dato importante consigna que desde soltera padecía una hernia inguinal derecha que entraba y salía, sin que jamás la hubiera producido molestia alguna hasta después del primer parto.

El vientre de la mujer estaba natural y flojo, haciéndose sus evacuaciones como en el estado de salud.

En la parte inferior del hipogastrio se observaba un tumor voluminoso descansando sobre los dos muslos y apoyándose en el derecho sobre todo. La base, salida ó principio de este saco tenía su origen exterior desde la parte alta y derecha del monte de Venus, extendiéndose sobre la parte superior del pubis, comprendiendo los tegumentos del bajo vientre del mismo lado, descendiendo y prolongándose hasta comprender el gran labio de la vulva, en estado de tirantez violenta.

La circunferencia del tumor media por su base  $22\frac{1}{2}$  pulgadas, 25 la circunferencia de su parte media y 23 de longitud. Posteriormente disminuyeron las dimensiones del cuello ó salida del saco y aumentó notablemente por su parte media, formando todo el tumor una figura casi oval, principalmente por su parte inferior, que era casi esférico, á consecuencia del uso del suspensorio aconsejado á la mujer, la cual se encontraba en el sexto mes de su embarazo.

Los tegumentos del tumor estaban casi del color natural, con una infiltración ó edema renitente y algunos vasos varicosos.

Se observó la fluctuación en el tumor y la sensación de un cuerpo sólido y flotante en el líquido, aunque no con mucha claridad.

La mujer sentía movimientos en el interior del saco que presumía ser de feto, porque se creía embarazada, en vista de que, como en las preñeces anteriores, le había faltado la menstruación sin haberse presentado molestia ni incomodidad alguna, y sintiendo á su tiempo movimientos en el vientre.

El tumor se le presentó á los tres meses de creerse embarazada, refiriendo su aparición del modo siguiente: salió á comprar á la plaza, y estando de pie al lado de una mesa, sintió tirantez en lado izquierdo del bajo vientre. No da mas detalles, ni dice si hizo algun esfuerzo.

A las seis semanas de presentarse el tumor sintió movimientos dentro de él.

A los siete meses de embarazo, es, decir, un mes después de cuando se tomaron las medidas anteriores, el tumor había aumentado una pulgada ó poco más en la circunferencia de su parte media y en el sentido de la longitud.

2.<sup>a</sup> *Auscultación aplicada á la preñez.*—Los latidos del corazón fetal eran muy manifiestos y en número de 130 á 150 por minuto, oyéndose en bastante extensión, variando de sitio y no percibiéndose algunas días á causa de la debilidad del corazón del feto, ó por estar éste más separado de las membranas, ó haber mayor cantidad de aguas interpuestas entre el oído y el corazón fetal.

El ruido placentario se oía siempre en sitio fijo, en la parte inferior del tumor, punto en que se insertaba la placenta; era isócrono con el pulso de la madre y sin choque; más profundo é intermitente á veces, con variedad de sonidos algunos días,

duracion para que adquiriera caracter patológico.—En el instante del alumbramiento constituye un grave peligro, aunque sea poco prolongada.—Cuando la debilidad de las contracciones prolonga el parto más de treinta horas, se admite la inercia patológica.—Sus peligros aumentan progresivamente con la marcha del parto.—En el periodo de dilatacion la mujer sufre principalmente por la privacion del descanso y del sueño.—Durante el encaje son permanentes las compresiones y sobrevienen fenómenos de reaccion general.—En el instante del alumbramiento se convierte en causa de hemorragias fulminantes.—*Causas y tratamiento.*—La más frecuente es la inercia esencial—deter-

no siendo en los últimos sordo y difuso, como dice Kergaradec, sino muy perceptible hasta el día y momento de la operacion.

Siguió el embarazo y el buen estado de salud de la mujer hasta el día 5 de Junio por la noche, en que se la presentaron dolores lumbares, notándose al día siguiente, 6, el pulso algo más elevado que en los anteriores.

Se le aconsejó el decúbito dorsal en la cama con las piernas dobladas, con objeto de que las aguas contenidas en el útero, gravitando sobre el anillo inguinal, relajaran el cuello que formaba en dicho sitio y se derramaran por la vulva.

Día 6 por la noche.—Ligeros dolores lumbares.

Día 7 (cuatro y media mañana).—Aumentaron los dolores, aunque siempre poco intensos, y salieron aguas por la vulva. En este momento se intentó inútilmente la taxis. El mismo día á las doce y media de la tarde se practicó la operacion.

3.<sup>a</sup> Operacion.—Saco, 32 pulgadas de circunferencia, llegando hasta la parte superior de la rótula y habiendo disminuido en su parte media á consecuencia de la salida de las aguas.

Se practicó la operacion haciendo una incision longitudinal en la parte media del saco con bisturí convexo y de boton. En el primer corte se comprendieron todos los tejidos hasta llegar á la matriz; despues se interesó ésta, presentándose una abundante hemorragia, que obligó á suspender la operacion por algunos instantes, estando representados en la lámina 2.<sup>a</sup> los dos vasos principales que daban la sangre.

*Posicion del feto.*—Tenia las piernas dobladas hácia el vientre, la cabeza tocando á la parte del cuello que formaba el útero en el anillo inguinal, las nalgas hácia el fondo de la matriz y el dorso hácia delante. Se hizo la extraccion por los pies, pero una vez salido el tronco, se contrajo y cerró la parte del útero más gruesa correspondiente á su fondo, quedando dentro la cabeza como estrangulada y sin movimiento la criatura por la repentina contraccion de la matriz. Hubo necesidad de dilatar la herida hácia el fondo de la matriz, extrayendo una niña de todo tiempo, de seis y media libras de peso, 22 pulgadas de larga, bien nutrida y sin lesion, habiendo salido en estado de asfixia.

Por la herida se observó la insercion de la placenta (saliendo parte de su borde por la abertura) en el punto en que se oyó siempre el ruido de fuelle.

La madre sufrió con valor la operacion, quedando bastante debil á consecuencia de la pérdida de sangre en el acto de la operacion y despues, aunque se cohibió pronto el flujo, presentando algunas convulsiones y sudores frios generales y el pulso irregular y bajo por un rato. Se le dispuso caldo y mixtura antiespasmódica.

La hemorragia se contuvo con agua templada sobre la herida.

No se intentó reducir la hernia por la existencia de pliegues en cuello uterino y las adherencias al anillo que impedían la reduccion.

Día 13 de Julio (á los 36 dias de operada).—Anuncios de menstruacion.

Día 11 de Agosto.—La madre salió de casa y con su hija.

El tumor quedó muy reducido y como un escroto de mediana magnitud, formando un histeroceles por las adherencias de la matriz al anillo inguinal.»

No hemos querido modificar en nada el lenguaje empleado por el autor de tan preciosa é interesante Memoria, que encontrarán los que deseen más detalles en la Biblioteca de la Facultad de Medicina de Madrid.—(N. de los T.)

minada, al parecer, por un trastorno de la accion excito-motriz de los nervios uterinos.—Durante el período dilatante se obligará á que pasee la mujer, empleando ademas baños sinapizados, duchas uterinas, pequeñas dosis de cornezuelo de centeno.—Despues de la dilatacion completa : rotura de las membranas, hacer pasear á la mujer, cornezuelo de centeno ; cuando es buena la presentacion y ningun obstáculo mecánico se opone á la marcha del parto, forceps.

Despues ó durante el alumbramiento : cornezuelo de centeno, electricidad, excitacion del órgano por manipulaciones interiores y exteriores.—Nace á veces la inercia de una distension exagerada del útero ; parece que ha perdido su resorte la fibra muscular.—Se recurre entonces á la rotura de las membranas.—Puede determinar la inercia el estado enfermizo de la madre.—El tratamiento, entonces, es como en el caso de inercia esencial.—Las impresiones morales obran igualmente, paralizando la contraccion del órgano. — El tratamiento es el mismo que en el caso anterior.—La plétora de la matriz está por demostrar todavía.—Si verdaderamente fuera la plétora general causa de la inercia, se recurriría á la sangría. — Un dolor violento, extraño á las contracciones, detiene momentáneamente el parto ; se removerá esta causa por medio del tratamiento sintomático. — Cuando un obstáculo mecánico se opone á la expulsion del feto, el útero, sobreexcitado, agota sus fuerzas en contracciones impotentes y cae pronto en un estado gravísimo de inercia ; en estas circunstancias, es necesario intervenir antes que se manifieste el aniquilamiento. — El láudano es muy útil para detener el parto.

EXCESO DE ENERGÍA DE LAS CONTRACCIONES.— El parto rápido no presenta, al parecer, los peligros que se le han atribuido. — Obsérvase á veces esta particularidad en mujeres atacadas de una afeccion grave, como neumonía, tisis, escarlatina, etcétera. — Si la energía y suma frecuencia de las contracciones amenazasen agotar las fuerzas de la mujer, se detendría el parto por medio del láudano. — Cuando hace mucho tiempo que se han roto las membranas y existe un obstáculo mecánico que detiene la expulsion del feto, el útero se retrae, y se aplica sobre el cuerpo de la criatura con tal violencia, que se opone á la introduccion de la mano.—Se combate esta retraccion permanente por medio de los opiados.

CONTRACCIONES IRREGULARES. — Sólo ocupan planos parciales del músculo uterino ; son excesivamente dolorosas y poco útiles para el parto.—Si se prolongan estas contracciones, pueden ser la causa de un estado general grave.—Afectan, en ciertos casos, el tipo intermitente.—Todavía sigue indicado el láudano para remediar este estado.

CONTRACCIONES PARCIALES. — Difieren de las precedentes en que no son movibles, y tienen una forma persistente. — Se las observa, sobre todo, cuando el útero ha sufrido una deplecion

parcial. — Cuando residen en el cuello, puede esta region contraerse y comprimir el feto, despues de haber salido la cabeza ó el tronco, y detener su expulsion. — El mismo fenómeno se presenta á veces en el instante del alumbramiento. — La contraccion espasmódica, que reside en el cuerpo del útero, determina el enquistamiento de la placenta. — El láudano es el mejor remedio para corregir este estado.

**Obstáculos que proceden del cuello uterino.** **RIGIDEZ.** — La rigidez del cuello y su retraccion espasmódica me parecen una cosa misma. — En este estado, el orificio uterino está adelgazado, tenso, sensible al tacto, y cede muy lentamente á la contraccion. — Esta disposicion es sumamente comun, y es, en verdad, la causa más ordinaria de la lentitud del parto. — Los baños son un excelente medio para combatirla. — Se han propuesto las sangrías generales, cuya utilidad es muy discutible — las unturas de belladona, que pueden ser peligrosas, y como último recurso, el desbridamiento múltiple del cuello.

**DESVIACION DEL CUELLO.** — Cuando no corresponde el cuello á la extremidad del eje mayor del útero, el parto es sumamente lento, á pesar de las más enérgicas contracciones. — Esta disposicion puede dar origen á graves errores de diagnóstico. — El mejor tratamiento consiste en mantener á la mujer en decúbito dorsal, con las nalgas elevadas por una almohada, aplicando ademas un vendaje de cuerpo que lleve hácia atras el fondo del útero.

**OBLITERACION DEL CUELLO.** — Despues de la impregnacion puede obliterarse completamente el cuello. — La obliteracion recae en uno ú otro de los orificios, y el tejido cicatricial que une sus bordes es bastante resistente para formar un obstáculo á la dilatacion. — Cuando hay señales de cuello se incinde sobre este punto; si no, se hace un desbridamiento múltiple sobre el segmento inferior de la matriz, en el sitio en que se supone que debió estar el cuello. — Los bordes del orificio uterino pueden estar simplemente conglutinados por un tejido pseudo-membranoso. — Basta introducir el dedo en el obstáculo para destruir la adherencia.

**TUMEFACCION DEL LABIO ANTERIOR DEL CUELLO.** — El labio anterior pellizcado, despues de rota la bolsa, entre la sínfisis pubiana y la cabeza del feto, puede ser asiento de una hinchazon bastante dolorosa para detener el parto. — Es preciso, en el intervalo de las contracciones, elevar la porcion pellizcada por encima de los pubis, y mantenerla en esta situacion hasta que se haya encajado lo suficiente la cabeza para impedir que vuelva á presentarse.

**HIPERTROFIA DEL CUELLO UTERINO.** — Esta alteracion no la creo de tal naturaleza que impida la marcha del parto.

**CANCER DEL CUELLO.** — La degeneracion cancerosa priva de su contractilidad á la parte invadida. — Cuando es parcial se



hace la dilatacion á expensas de la parte sana. — Si todo el cuello está afectado de cancer y resiste á la dilatacion, se practica un desbridamiento múltiple para evitar una rotura única demasiado extensa.

**Dislocaciones del útero. RETROVERSION.** — En esta forma de dislocacion el fondo del útero se dirige hácia el sacro y el cuello sube por detras de los pubis. — Su mayor frecuencia es hácia el tercero y cuarto mes. — Se verifica comunmente á consecuencia de un esfuerzo brusco y violento. — Predispone los partos anteriores. — Cuando se efectúa produce vivos dolores y retencion de orina. — La vejiga puede romperse por distension. — En estas circunstancias se han observado roturas del intestino recto y de la vagina. — En la forma más grave de la retroversion el fondo del útero puede estar dirigido hácia abajo. — El accidente puede sobrevenir despues del alumbramiento. — Para reducir esta dislocacion se empieza por vaciar la vejiga y el intestino. — Se coloca la mujer echada sobre el borde de la cama, con las nalgas elevadas y los músculos abdominales relajados. — La reduccion puede intentarse por el recto ó la vagina; al mismo tiempo que se empuja el fondo de la matriz, se hace lo posible por enganchar el cuello para hacerla bascular. — En el caso de que esta maniobra no diera resultado, se apelaría, como último recurso, á la puncion del órgano.

**ANTEVERSION.** — Rara en las primerizas, se presenta á causa de la laxitud de la pared abdominal. — Algunas veces la línea blanca, ensanchada, permite al útero que forme procidencia por delante, hasta apoyarse en los muslos de la mujer (vientre en forma de alforja). — Llevada á un alto grado la antevercion, retarda gravemente el parto durante el período expulsivo. — Se reduce la dislocacion colocando á la mujer con las nalgas elevadas y empujando el fondo del órgano hácia atras por medio de un vendaje de cuerpo.

**PROLAPSO UTERINO.** — Varía entre el simple descenso y la caída completa del útero entre los muslos. — Puede ocurrir este accidente ó exagerarse durante el embarazo; — rara vez complica el parto. — Constituye una causa activa del aborto. — Al fin del embarazo no se puede pensar en reducir el órgano hasta despues del alumbramiento.

**INVERSION.** — La cara interior del útero se hace exterior en la inversion. — Se han admitido tres grados en este accidente: 1.º depresion del fondo, que llega á tocar el cuello; 2.º encaje de una porcion del cuerpo á traves de este orificio; 3.º inversion completa del cuerpo. — Con frecuencia la inversion es resultado de tracciones intempestivas hechas sobre el cordon umbilical durante el alumbramiento. — Puede verificarse espontáneamente por esfuerzos violentos. — Los fenómenos generales que se manifiestan inmediatamente, son proporcionados al grado de inversion; fuertes dolores, vómitos, síncope, tenesmo vesical y rec-

tal, hemorragia sumamente grave, si la placenta está desprendida parcial ó completamente. — La inversion ha dado lugar á errores de diagnóstico muy graves. — Se ha tomado al útero por la cabeza de una segunda criatura, y ha sido arrancado ó desgarrado por tentativas de extraccion. — El tratamiento consiste en reducir el órgano. — La reduccion, imposible el primer dia, puede obtenerse durante el puerperio ó más tarde aún.

**HERNIA DEL ÚTERO.** — Este accidente es prodigiosamente raro; hay á lo más dos observaciones indiscutibles. — Estas hernias se refieren á eventraciones de que hemos hablado hace poco. — En los casos en que fuera impotente la naturaleza, se podría recurrir á la operacion cesárea.

## OBSTÁCULOS AL PARTO QUE DEPENDEN

DE LA VAGINA, VULVA Y PERINÉ.

### Resistencia de la vagina.

**Estrechez y obliteracion.** La estrechez congénita de la vagina no parece haber constituido jamas un obstáculo grave para la terminacion del parto.

La atresia accidental sobreviene á consecuencia de inflamaciones de la mucosa terminadas por ulceracion y descuidadas; pero más á menudo dependen de inyecciones irritantes hechas con objeto de provocar el aborto, y que determinan inflamaciones adhesivas de las paredes vaginales. Todavía en estos casos el parto termina espontáneamente, aun cuando la alteracion de textura ocupe la mayor parte del conducto vaginal. Parece que los tejidos cicatriciales experimentan en estas condiciones un reblandecimiento especial, que los hace ceder sin desgarrarse por delante de la cabeza del feto, y la expulsion, aunque algo lenta, se verifica sin auxilio, de lo cual se encuentran curiosos ejemplos en Velpeau y Jacquemier.

Por efecto de las causas que acabamos de exponer, la obliteracion puede ser completa en un punto más ó menos extenso. En este caso, cuando la resistencia es invencible, es necesario abrir una vía al feto, incindiendo los tejidos que ocupan la vagina con la mayor prudencia, para no interesar el recto ni la vejiga. En un caso de este género observado por Lombard, de Ginebra, la intervencion tardía no impidió la rotura del útero.

La vagina puede estar dividida por tabiques longitudinales, y entonces coinciden ordinariamente con una matriz doble. Burns ha observado en uno de estos casos la rotura del tabique vaginal en el momento del parto.

Se han considerado los tabiques transversales como membranas hímen supernumerarias colocadas á diversas alturas en la vagina. Están provistas de un orificio que permite la fecundacion y el

flujo de las reglas, de lo cual se citan algunos ejemplos. En un caso referido por Danyau se complicaban los tabiques transversales con procidencia de la parte inferior de la vagina. Es raro que en estas circunstancias se necesite obrar activamente. En todo caso se haría un desbridamiento múltiple sobre el obstáculo, sólo cuando se viera con claridad que las contracciones uterinas no bastaban para franquearlo.

**Desviaciones de la vagina.** Hay cierto número de casos en los que la vagina se abría en el recto, lo que no impidió la fecundacion por esta vía anormal.

En estas circunstancias el parto terminó por el ano espontáneamente ó ayudado por una simple incision del esfínter.

**Inversion de la vagina.** Este accidente, sumamente raro, puede verificarse durante el embarazo; pero se observa, sobre todo, en el acto del parto.

La mucosa, rechazada por delante de la cabeza del feto durante su encaje, sale por la vulva, formando un rodete voluminoso. Es imposible en esta época pensar en la reduccion. En los casos en que se creyera necesario intervenir, se recurriría al forceps, haciendo su aplicacion con mucho cuidado para evitar las lesiones que podría sufrir el tejido vaginal edematoso y fungoso.

No me parece exento de peligro apelar á las escarificaciones, como recomiendan varios autores, para producir el desinfarto de la mucosa. La region es demasiado vascular para herirla.

### Resistencia de la vulva.

**Estrechez y rigidez.** Esta causa de suspension del parto se observa sobre todo en las primerizas. El obstáculo que forma se combina muy á menudo con la resistencia del periné. Es muy raro que el anillo vulvar oponga una resistencia duradera cuando el periné ha sufrido una distension rápida y conveniente. Preciso es, sin embargo, no perder de vista que la estrechez de la vulva es una causa de rotura. Ya he insistido acerca de las precauciones que son necesarias para evitar este accidente, las cuales consisten en retardar la salida del feto aplicando los dedos sobre la region que distiende la vulva, y vigilando al mismo tiempo el estado de las partes, á fin de que la dilatacion se verifique poco á poco. Es raro que esta maniobra, bien dirigida, no baste para conservar la integridad del anillo vulvar. Si la estrechez fuera, sin embargo, tal, que hiciera temer una rasgadura, sería necesario recurrir á las incisiones laterales. En las posiciones occipito-posteriores podría aplicarse el forceps, porque, á pesar de los mayores cuidados, es tan desfavorable la posicion de la cabeza bajo el punto de vista de la expulsion, que con dificultad se evitaría la rasgadura del anillo vulvar.

**Persistencia del hímen.**—**Union de los grandes labios.** Ya he dicho varias veces que la fecundacion era posible á pesar de la

integridad del hímen muy desarrollado. Cuando esta membrana se conserva, puede, pues, ser un obstáculo para la expulsión del feto; si bien, por punto general, basta para romperla el esfuerzo uterino. Sin embargo, si su resistencia fuera demasiado grande y detuviera por algún tiempo el parto, se podría recurrir al desbridamiento múltiple. En un caso citado por Boivin y Dugés, la rotura espontánea se extendió hasta uno de los pequeños labios, que fué comprendido en la rasgadura.

Si existiera una soldadura algo extensa de los grandes ó pequeños labios, ó una adherencia cicatricial en un punto del anillo vulvar, se apelaría igualmente al bisturí en el caso en que estas anomalías fueran bastante resistentes para dificultar la expulsión del feto.

### Resistencia del periné.

La resistencia del periné depende de dos circunstancias distintas, las cuales se combinan algunas veces. Puede depender simplemente de la rigidez de las partes blandas, como se observa en las primerizas, sobre todo, ó de la mala posición del feto, que se encaja en occipito-posterior persistente.

En el primer caso, se ha atribuido la suspensión ó lentitud del parto á la contracción violenta de los músculos de esta región. Creo haber demostrado ya que la contracción de los músculos del periné es completamente insuficiente para explicar este fenómeno. Estos músculos resisten como los demás tejidos bruscamente distendidos, pero su acción contráctil es demasiado oscura para considerarla como causa activa. En la piel y las aponeurosis es donde principalmente reside el obstáculo; lo demás es accesorio por completo.

La resistencia del periné produce en el curso de las contracciones efectos muy distintos. El útero, después de haber hecho inútilmente considerables esfuerzos, cae en la inercia. Entonces debe reanimarse la contractilidad del órgano, aconsejando á la mujer que se pasee, ó por medio de manipulaciones y fricciones abdominales, ó finalmente por pequeñas dosis del cornezuelo de centeno. Cuando la contracción vuelve, es prudente no someter la mujer á una nueva lucha, sobre todo si se encuentra fatigada. Se aplica entonces el forceps, que debe obrar favoreciendo el movimiento de extensión de la cabeza.

Puede suceder, por el contrario, que el útero, exasperado en cierto modo por la resistencia que encuentra, se entregue á esfuerzos continuos y peligrosos, que pueden determinar la rotura del órgano ó despertar en la mujer síntomas generales, que deben precaverse siempre. En estos casos es necesario aplicar el forceps sin tardanza.

La misma conducta es preciso seguir en las posiciones occipito-posteriores persistentes. Aquí la resistencia depende, sobre

todo, de la mala direccion de la cabeza. El occipucio debe llegar á la vulva por un movimiento exagerado de flexion, que no puede verificarse espontáneamente porque la barbilla del feto se aplica sobre su pecho. Resulta de esta desfavorable disposicion que el eje mayor del feto representa una especie de columna rígida y casi recta, destinada, sin embargo, á recorrer una línea curva, puesto que el anillo vulvar está entonces colocado en la pared anterior de la pelvis. El esfuerzo uterino se transmite, pues, directamente al centro de la region perineal.

En las occipito-antérieures no se transmite la contraccion de un modo directo, á causa de que la extension de la cabeza interrumpe la columna recta representada por el eje mayor del feto, sufriendo el periné en estas circunstancias un esfuerzo menos violento, aplicándose mejor á los puntos que deben recorrerle.

No sucede lo mismo para los occipito-posteriores; la columna rígida transmite el resultado de la contraccion demasiado hácia atras y con energía. Entonces se ve al periné hacerse desmesuradamente convexo, y si no se interviene para modificar esta disposicion, puede romperse por su parte central y abrirse el feto una vía anormal, entre la vulva y el ano. Es preciso en este caso sostener el periné, haciéndolo de manera que aumente la flexion de la cabeza fetal, y aliviando al mismo tiempo la region demasiado distendida. Es muy raro que sea eficaz semejante recurso, y vale más apelar al forceps, y aun entonces hay que contar con una rasgadura de la vulva, á pesar del cuidado y habilidad del profesor.

## RESUMEN.

**Obstáculos al parto que dependen de la vagina, la vulva y el periné.**

**Resistencia de la vagina. ESTRECHEZ Y OBLITERACION.** — La estrechez congénita no parece haber sido jamás causa de distocia. — La atresia accidental; determinada por un tejido cicatricial, cede sin desgarrarse durante el parto. — Las obliteraciones completas necesitan con frecuencia un desbridamiento. — Los tabiques transversales se rompen espontáneamente en el mayor número de casos, quando la cabeza del feto se encaja. — **DESVIACION DE LA VAGINA.** — Quando la vagina se abre en el recto, se verifica el parto por esta vía, en general, espontáneamente. — **INVERSION DE LA VAGINA.** — Este accidente tiene lugar, sobre todo, en el momento del parto. — Se interviene con el forceps.

**Resistencia de la vulva. ESTRECHEZ Y RIGIDEZ.** — Quando la vulva es demasiado estrecha, se conserva su integridad retardando la salida de la cabeza del feto, á fin de que sea progresiva la dilatacion. — Si no basta este medio, se recurre á las incisio-



nes laterales. — PERSISTENCIA DEL HÍMEN. — REUNION DE LOS GRANDES LABIOS. — Rara vez es obstáculo para el parto la persistencia del hímen. — En casos de necesidad, se hará un desbridamiento múltiple. — Cuando los grandes labios están unidos accidentalmente, se los separa ó se dividen las bridas cicatriciales que pudieran oponerse á la marcha del parto.

**Resistencia del periné.** Puede depender de la rigidez de las partes ó de la mala posicion del feto, que se presenta en occipito-posterior. — Si su resistencia invencible ha ocasionado la inercia, se reaniman las contracciones y se aplica el forceps. — Si la resistencia ha determinado incesantes contracciones que pueden ser peligrosas para la madre, se aplica inmediatamente el forceps. — En las posiciones occipito-posteriores persistentes, es á menudo útil recurrir á este medio para evitar la rotura del periné.

**Obstáculos al parto que dependen de tumores del aparato genital ó desarrollados en las regiones próximas.**

Estos obstáculos obran mecánicamente, estrechando el paso que debe recorrer el feto. Cualquiera que sea la naturaleza del tumor, el resultado es el mismo: debiendo tener sólo en cuenta, bajo este concepto, su volumen y consistencia. Pueden estar bastante desarrollados para obstruir completamente el paso, y ser bastante duros para que no se aplasten por la compresion de las partes fetales.

Estos tumores son de naturaleza muy diversa; su historia corresponde á la patología, y únicamente los consideramos aquí como obstáculos á la expulsion, excepto, sin embargo, aquellos que nacen á causa del parto, y cuya evolucion estudiaremos por completo. No hablaremos de los tumores del sistema huesoso, porque han sido examinados al tratar de los vicios de conformacion de la pelvis.

A pesar de la gran diversidad de estos tumores, que hace imposible su clasificacion metódica, los procedimientos que exigen son poco numerosos, y pueden ser expuestos bajo la forma de principios generales.

En las estrecheces pelvianas determinadas por un vicio de conformacion de la pelvis, la intervencion recae principalmente sobre el feto, porque no se puede modificar el estado de la pelvis. En las estrecheces pelvianas causadas por tumores de las partes blandas puede suceder que el tumor, por su posicion, su naturaleza y su volumen, se escape á nuestra accion, quedándonos entonces reducidos á los medios que hemos descrito al tratar de las deformidades de la pelvis, forceps, cefalotribo, etc. En ciertos casos, sin embargo, una maniobra ó una operacion hecha directamente sobre el tumor puede desembarazar el conducto

pelviano, y es un nuevo recurso que podemos añadir á los medios que acabamos de indicar.

A veces los tumores están movibles y bastante cerca del estrecho superior, para que al rechazarlos por encima de éste dejen libre el paso, y el feto, al penetrar en la excavacion, los mantenga reducidos. Deberán someterse igualmente á la taxis las vísceras herniadas.

Cierto número de estos tumores son fluctuantes y encierran un líquido, que puede á veces evacuarse por la puncion ó incision.

Finalmente, algunos son sólidos y se los puede quitar con el bisturí.

Resumiendo, al término del embarazo y en el caso de tumor de las partes blandas, poseemos, ademas de los recursos empleados en las deformaciones de la pelvis, tres procedimientos operatorios, á saber: la reduccion, la puncion y la extirpacion del tumor.

El diagnóstico y pronóstico de estas estrecheces es con frecuencia mucho más difícil que el de las deformaciones del esqueleto. Los límites y el volumen del tumor pueden escapar á la exploracion más habil y atenta. Algunas veces el obstáculo cede, se borra ó cambia de lugar y se dispone el profesor á contemporar con él, retrocediendo ante una operacion grave cuando tiene la esperanza de que la expectacion podrá hacerla inútil.

Preciso es no disimular que es ésta una de las mayores dificultades de la obstetricia. El diagnóstico de los tumores, sobre todo cuando no son accesibles más que al tacto, es tan dificultoso, que los maestros más experimentados han cometido errores y aun faltas en estas graves circunstancias.

La teoría es impotente para separar del camino del práctico semejantes orígenes de error. Las descripciones más exactas no pueden suplir á la enseñanza del clínico, y sólo frecuentando los hospitales de instruccion, por el ejercicio del tacto y el examen de casos análogos, es como puede ponerse en guardia contra el error; y todavía, ¡quiera Dios!

Ahora bien: admitiendo que el obstáculo sea exactamente reconocido y que se hayan apreciado todas las circunstancias que permitan tomar una decision, si se juzga conveniente esperar, no por eso deben traspasarse los límites de la prudencia. Si se cree necesaria la intervencion, es preciso recurrir á ella pronto y sin vacilar. De esta manera se evitan las complicaciones que nacen, á menudo, de un parto demasiado prolongado.

La intervencion intempestiva es mala. Otro tanto puede decirse de la indecision ó falta de carácter, que cree eludir las dificultades aplazando su solucion.

**Tumores fibrosos del útero.** Pueden ocupar todas las regiones del órgano. Su situacion tiene una grande importancia bajo

el punto de vista de la distocia. Cuando están colocados hácia el fondo de la matriz no se oponen á la salida del feto; pero su implantacion en el segmento inferior ó en el cuello constituye un obstáculo, cuya importancia es proporcionada á su volumen.

Sin embargo, aun en los casos de hallarse los tumores fibrosos implantados en la parte superior del útero, presentan graves peligros para el puerperio. Ashwell ha ido demasiado lejos al considerarlos como siempre funestos; pero es lo cierto, y Chausier lo había ya observado, que con demasiada frecuencia sucumben las mujeres en una época más ó menos próxima al parto. Por efecto del embarazo, estos tumores experimentan, al parecer, alteraciones que determinan accidentes inflamatorios de la mayor gravedad.

Los tumores fibrosos pueden, ademas, dificultar el parto, paralizando la accion dinámica del útero.

Estos tumores son á veces múltiples. He contado una veintena de ellos en el útero de una mujer muerta en la clínica de Depaul, y cuya interesante observacion ha sido publicada por Guéniot. A veces es considerable su volumen. En un caso perteneciente á Pillore, medía el tumor 30 centímetros de alto, 24 de ancho y 16 de grueso. Cuando se desarrollan en la parte media del tejido uterino, experimentan en ciertos casos un aplastamiento por la compresion que sufren y que les obliga á extenderse en placas anchas y gruesas. Cuando el punto de implantacion es submucoso ó subperitoneal, se pediculan ó no, segun el grado de su evolucion. La mujer que he observado en la clínica presentaba tipos de estas diferentes variedades de tumores fibrosos.

El diagnóstico de los tumores fibrosos es siempre difícil y á veces imposible. Cuando no producen trastorno alguno de naturaleza especial durante el embarazo, sólo puede reconocerse su presencia por la palpacion y el tacto vaginal. La palpacion del abdomen es á menudo insuficiente para determinar la naturaleza de un tumor intersticial ó submucoso. La sensacion de resistencia que se manifiesta puede confundirse con una de las partes del feto, y basta que sea algo gruesa la pared del vientre para que oculte el estado de las cosas. Por otra parte, si el tumor corresponde á la parte posterior del órgano, elude completamente la palpacion. Hay, sin embargo, un carácter que debe tenerse muy en cuenta cuando existe, y es la inmovilidad de la produccion morbosa y la claridad de sus límites. Pero la inmovilidad falta si el tumor es pediculado, y aun en ciertos casos en que es intersticial. En el caso de la clínica ya dudaba mi razon de la exactitud del diagnóstico de Depaul, porque yo comunicaba cierto movimiento al ancho tumor, situado en forma de placa en la parte anterior del útero. A pesar de las investigaciones diarias á que ha dado lugar esta notable observacion, se estaba lejos de sospechar que fueran tantos los cuerpos fibrosos.

No es más concluyente el tacto vaginal hecho antes de romperse las membranas. Los tumores duros que se perciben en esta region y á traves de la pared uterina parecen naturalmente corresponder á la cabeza del feto, y en ciertos casos en que se presentan surcos simulando las suturas craneales, se aumenta la ilusion. Puede faltar aquí tambien la inmovilidad, y el tumor, accesible un dia, desaparecer al siguiente, como sucedió en el caso de Depaul.

Cuando la dilatacion es completa y se ha roto la bolsa de las aguas, es más fácil la exploracion; pudiendo sentirse más allá del tumor, que obstruye el paso, la cabeza movable del feto.

Todavía queda la hipótesis de una doble presentacion de vértice de gemelos. La casi identidad de las sensaciones de resistencia explica cómo ha podido cometerse este error.

Todas estas dificultades disminuyen para el especialista que ha podido hacer varias veces su estudio clínico; pero el práctico que no tiene más auxiliar que la teoría, es muy disculpable si comete el error, de que no están exentos los más hábiles. Esta es una de las mayores dificultades que presenta la distocia. El tacto ha de determinar la naturaleza de tumores que la vista no puede reconocer, debe apreciar su volumen, sus relaciones, aun cuando no pueda alcanzar de cada vez más que un limitado punto de sus superficies. Se ve el dedo obligado á distinguir lo que pertenece al producto morboso de lo que corresponde á las partes resistentes del feto. Cuando el estado de las partes genitales externas lo permite, no hay que vacilar en introducir toda la mano para completar un diagnóstico dudoso.

Es muy importante conocer si es pediculado ó de base ancha el cuerpo fibroso; porque en el primer caso es de esperar, en razon de su movilidad, que se le pueda rechazar por encima del estrecho superior, ó tambien que se encaje por delante de la cabeza en el conducto pelviano. Esta circunstancia, que falta cuando el tumor es de base ancha, es muy favorable para la feliz terminacion del parto.

Ashwell ha sido el primero que ha propuesto el parto prematuro en los casos en que se hubiera reconocido, durante el embarazo, la presencia de fibromas uterinos bastante voluminosos para dificultar el parto. Ciertamente que sería bueno seguir esta conducta, si se hubiera hecho con bastante precision el diagnóstico para justificar su necesidad.

En el momento del parto, la manera de intervenir tiene que variar naturalmente, segun el volumen del tumor. A pesar de su dureza, puede esperarse que se reducirá algo por la presion del feto. Es necesario tener en cuenta esta posibilidad: si el fibroma es movable, se intenta rechazarlo por encima del estrecho superior. Si está pediculado, se corta el pedículo, el cual se rompe á veces espontáneamente por efecto de la contraccion de la matriz. Se ha observado algunas veces esta rotura durante el puerperio.

Se sabe que los tumores intersticiales de esta naturaleza no tienen adherencia alguna con el tejido que los rodea; por lo que cuando el fibroma se desarrolla en el cuello puede intentarse su enucleacion incindiendo el tejido uterino que lo cubre. Esto hizo Danyau en un caso de fibroma del cuello, tan voluminoso, que hubo necesidad de dividirlo en pedazos para hacer su extraccion.

Cuando el tumor inmóvil está bastante desarrollado para constituir un obstáculo al parto, y se encuentra de modo que no se le puede atacar, se recurre al fórceps, al cefalotribo ó á la operacion cesárea, segun que oblitere más ó menos completamente la excavacion.

Despues del alumbramiento puede dar lugar el fibroma á graves hemorragias, ya inmediatamente ó durante el puerperio. Los tumores experimentan á menudo alteraciones que determinan flegmasías uterinas de la mayor gravedad.

**Tumores del cuello.** Aparte de los fibromas intersticiales del cuello y de los pediculados que acabamos de estudiar, cuyo diagnóstico es más fácil que cuando se implantan en el cuerpo del órgano, la region del cuello puede ser asiento de diversos tumores.

**TUMORES FUNGOSOS.**—Se designan con este nombre las vegetaciones cancerosas, sifilíticas ó de otra naturaleza que están implantadas en el cuello. Su consistencia, generalmente blanda, y las hemorragias á que da lugar, pueden hacer creer en una implantacion viciosa de la placenta. En un caso citado por Cazeaux, sus digitaciones se tomaron por la mano del feto. Cuando estas digitaciones adquieren cierto volumen, ocultan el orificio uterino, que se encuentra con mucha dificultad.

La naturaleza de estas vegetaciones influye, como es de suponer, en la gravedad del pronóstico. Si son cancerosas, sus consecuencias son infinitamente más graves que en las demas circunstancias.

Es raro que el volumen de las vegetaciones constituya un obstáculo mecánico para la expulsion del feto. Estas alteraciones dan, sobre todo, por resultado entorpecer la dilatacion del cuello.

Puchelt ha reunido, sin embargo, siete casos de esta índole que han exigido graves operaciones. Una vez fué necesario apelar á la operacion cesárea, y en otra se practicó inútilmente la embriotomía, habiendo muerto la mujer antes del alumbramiento.

**DEGENERACION HIPERTRÓFICA DEL CUELLO.**—Cazeaux cita un caso de esta alteracion, por la que el cuello estaba tan voluminoso como la cabeza de un niño de todo tiempo. La operacion, sumamente laboriosa, no pudo salvar á la mujer; el niño había muerto durante el parto. Hasta que no se hizo la extirpacion del tumor no se conoció su naturaleza. El mismo Dubois le había tomado por un quiste líquido. Este hecho prueba las



dificultades del diagnóstico de los tumores, porque si un clínico tan consumado ha podido engañarse, son muy disculpables los errores de esta naturaleza cuando recaen en prácticos noveles.

**TUMORES ENQUISTADOS DEL CUELLO.** — Se han indicado tumores formados por quistes serosos. Estos tumores pueden romperse durante el parto, ó vaciarse por medio del trocar cuando son bastante voluminosos para impedir la expulsion. Si la fluctuacion fuera dudosa, podrá hacerse una puncion exploradora. Tambien se ha señalado la presencia de esteatomas, pero su poco volumen y su consistencia blanda no constituye obstáculos insuperables.

**Trombus de la vulva y de la vagina.** Lagran vascularidad de esta region al fin del embarazo, los obstáculos al curso de la sangre, que la ponen varicosa con tanta frecuencia, y la brusca distension de las partes durante el parto, parece que debían predisponer con frecuencia á los trombus de la vulva y de la vagina; y, sin embargo, es tan raro este accidente, que Deneux, que ha escrito su historia, no le ha observado más que una vez en 16.000 partos, y P. Dubois, en 14.000, sólo ha visto tres ejemplos.

El trombus se presenta con más frecuencia en la vulva que en la vagina. La proximidad de los bulbos explica suficientemente esta predileccion.

Las causas más comunes del trombus son una violencia exterior y la distension excesiva de las partes producida por el paso del feto, sobreviniendo el accidente lo más á menudo en el momento en que la presentacion atraviesa las partes externas. Sin embargo, como la distension es la regla en todos los partos, puede muy bien admitirse que exista en este caso una predisposicion especial que desconocemos.

La rotura vascular se verifica durante el parto, pero comunmente el tumor no adquiere cierto volumen hasta despues del alumbramiento. Al pasar el feto, comprime los vasos divididos; despues de expulsado, la infiltracion es fácil en medio de tejidos que han perdido su resorte. Dubois ha admitido que por efecto de la compresion podían ser gravemente contundidas las venas, de lo cual se libra la mucosa por su movilidad, y despues en una época tardía se rompe el vaso mortificado. Esta hipótesis es aceptable, á pesar de que ningun caso ha demostrado su realidad.

Laborie ha querido localizar el sitio del derrame sanguíneo por el estudio de las aponeurosis del periné. Admite que la sangre puede ocupar seis planos diferentes limitados por las aponeurosis. Estas subdivisiones teóricas me parecen complicaciones poco útiles para el diagnóstico y el tratamiento, mucho más cuando no han recibido una completa justificacion, hasta el presente al menos.

La cantidad de sangre derramada en los trombus es muy variable, pudiendo estar limitada la hemorragia á los grandes labios ó invadir la pelvis hasta las fosas iliacas internas.

Cazeaux ha observado en una autopsia que la sangre, derramada formando balsa, se extendía por delante hasta cerca del ombligo, por detras hasta las inserciones del diafragma, tapizando ademas la cavidad de la pelvis, formando varios focos. La sangre puede derramarse primero en la parte profunda y salir despues al exterior, ó seguir una marcha inversa.

En el punto en que la rotura se efectúa, siente la mujer un dolor intenso; despues se verifica la hemorragia y se ve á los grandes ó pequeños labios, á veces uno solo, presentar una tumefaccion repentina, que puede llegar á ser considerable, sin que se perciba en este punto pulsacion alguna. Si la sangre está simplemente infiltrada en el tejido celular, el tumor que forma es duro; dando, por el contrario, una sensacion de blandura y fluctuacion sise encuentra reunida en foco. En la hemorragia interna los síntomas no son muy alarmantes; pero la sangre que se derrama en las regiones profundas, puede empujar la pared vaginal sin que lo sospechemos, y poner obstáculo á la extraccion de la placenta ó á la salida de los loquios.

La hemorragia puede ser brusca y formar en poco tiempo un foco considerable; pero es posible que la sangre se derrame lentamente durante más de veinte horas. Si á la rotura del vaso acompaña la de la mucosa, entonces el líquido sale al exterior con abundancia.

Los síntomas generales que acompañan á la aparicion del trombus son proporcionados á su gravedad. Cuando es voluminoso, se presentan los síntomas que sobrevienen en las grandes hemorragias, como son los síncope, las convulsiones y hasta la muerte. Esta terminacion es, por desgracia, demasiado frecuente, porque Deneux la ha visto veintidos veces en sesenta y dos observaciones que ha podido recoger.

El diagnóstico del trombus no presenta grandes dificultades cuando el tumor se presenta al exterior, ya sea que el derrame distienda los grandes ó pequeños labios, ya sea, que empujada la mucosa vaginal, salga por la vulva.

El dolor intenso que se ha indicado como anunciando la rotura vascular no tiene gran significacion. Durante el parto, los focos dolorosos son tantos, que es difícil conceder bajo este punto de vista una significacion al síntoma dolor, como se ha querido hacer.

Quando no se presenta al exterior ningun signo del trombus, el diagnóstico es difícil sólo porque no llame la atencion; pero si se manifiestan los síntomas generales y se practica el tacto, el estado de la pared vaginal indica la presencia del derrame.

La cantidad de sangre infiltrada en los tejidos ha sido á veces bastante considerable para comprimir el recto y la vejiga. Durante el parto, la salida del feto, ó la extraccion de la placenta, han encontrado en algunos casos dificultades por esta

causa. Puede suceder que sea bastante completa la obliteracion de la vagina para detener el flujo loquial.

El trombus termina con frecuencia por reabsorcion cuando es pequeño el derrame; por supuracion, cuando es demasiado abundante para ser reabsorbido y la sangre alterada determina la inflamacion de las partes contiguas, y, por último, termina por gangrena ó rotura de los tejidos que lo envuelven, cuando su distension es demasiado considerable.

La prevision de estas diferentes terminaciones sirve de base para la manera de intervenir.

En dos indicaciones principales se resume el tratamiento del trombus: expectacion ó incision.

Si el derrame es poco considerable y hay algun motivo para esperar su reabsorcion, guardémonos de abrirlo, porque no es diferente llevar ó no el bisturí sobre tejidos tan vasculares. Se han aconsejado los resolutivos para activar el trabajo de reabsorcion. No hay inconveniente alguno en usarlos, aunque sean absolutamente inútiles. Se sabe por qué mecanismo se verifica la reabsorcion de los líquidos derramados; la naturaleza sola se encarga de ese trabajo, siendo absolutamente incapaces de ayudarla los pretendidos resolutivos.

La incision es el único tratamiento activo del trombus; sólo que el momento en que ha de practicarse varía con las circunstancias.

Es preciso incindir pronto cuando el tumor es tan voluminoso que se extiende á la excavacion y puede dificultar gravemente los fenómenos del parto, ó tambien porque su persistencia haga temer por la vida de la madre, y, por último, cuando no pueda esperarse su reabsorcion.

Siempre que el tumor forma eminencia debajo de los tegumentos, es preciso hacer la incision en la piel lo suficientemente grande para vaciarle con facilidad y poder, si es necesario, llevar el taponamiento hasta el vaso roto. A veces es preciso incindir la pared vaginal cuando se extiende el trombus por esta region principalmente, y se encuentra adelgazado ó alterado algun punto de ella. Una herida, aunque extensa, de la pared vaginal, no parece tener en estas circunstancias tanta gravedad como podría creerse; pero una de las razones por la que debe evitarse, es la introduccion de los loquios en la cavidad durante el puerperio.

La incision por la piel es el método de eleccion, y por la vagina es el impuesto por la necesidad.

Se tendrá cuidado de vaciar el foco de los coágulos que contenga, y si continuara el derrame se practicará el taponamiento. Los cuidados consecutivos no presentan nada digno de notarse, obrando como en los casos ordinarios.

Cuando el trombus es de mediano volumen, los accidentes no son inmediatos y se puede esperar la reabsorcion; no presenta

inconvenientes el método expectante ; pudiendo aguardar, vigilando siempre con mucho cuidado, á fin de operar tan luego como la necesidad se haga sentir. Este precepto, explicado por Cazeaux, me parece muy racional. Se corre la suerte de evitar una operacion inútil, y ademas los vasos que daban sangre se encuentran cicatrizados en el momento de la incision tardía.

**Tumores diversos de la vagina.** La vagina puede presentar un gran número de tumores ; pero aquí únicamente nos ocuparemos de aquellos que por su volumen constituyen un obstáculo para la expulsion del feto.

**TUMORES CANCEROSOS.** — La vagina es invadida á veces por tumores cancerosos bastante considerables, que son en general una propagacion de los del útero.

El diagnóstico de estos tumores no presenta dificultades ; sus abolladuras, sus fungosidades y los dolores lancinantes que los acompañan, los dan á conocer fácilmente. Es raro que su volumen sea la causa verdadera del obstáculo al parto ; más bien es por alteracion de las paredes vaginales, que se hacen inextensibles en los puntos invadidos, por lo que se retarda la expulsion del feto. Hay, sin embargo, algunas observaciones en las que ha habido necesidad de recurrir á una operacion grave para terminar el parto.

**PÓLIPOS DE LA VAGINA.** — Si su pedículo les permite descender por delante de la presentacion, no es muy grave el obstáculo ; pero las dificultades aumentan cuando el tumor es de base ancha. En los casos en que el tumor sea bastante voluminoso para estrechar la pelvis, se intenta, si es posible, su extirpacion.

**QUISTES DE LA VAGINA.** — Son muy raros los quistes de contenido líquido ; si fueran voluminosos, se haría la puncion. La fluctuacion que ordinariamente se percibe en ellos los dará á conocer. En caso de dudas, las disiparía una puncion exploradora. Cuando el tumor es sólido, el procedimiento operatorio estará subordinado á su volumen y á los obstáculos que pueda oponer.

**Edema de la vulva.** La hinchazon edematosa de la vulva puede adquirir proporciones bastante considerables para hacer muy lenta la expulsion del feto, siendo esta disposicion causa de vivos dolores. El tejido infiltrado de serosidad se presta mal á la distension ; en estos casos, si el parto se prolonga demasiado tiempo, son de temer roturas en la vulva ó la gangrena de las partes. Para desingurgitar los tejidos infiltrados se han aconsejado punturas y escarificaciones, las cuales se practicarán en la cara cutánea.

**Tumores herniarios.** **ENTEROCELE, EPIPLOCELE VAGINAL.** — Se ha admitido la posibilidad de estas hernias por delante y por detras de la pelvis durante el embarazo. El desarrollo de la matriz durante la preñez parece un obstáculo sumamente

grande para el encaje del epiploon ó del intestino entre la vagina y la vejiga ó en el fondo del saco recto-vaginal. No conozco más que una observacion de Levret, que indica esta última forma de hernia; para cuya reduccion hizo colocar á la mujer sobre los codos y las rodillas.

**CISTOCELE VAGINAL.** — La vejiga puede ser empujada por debajo de la cabeza del feto durante el parto, formando un tumor más ó menos voluminoso, el cual determina dolores violentos suficientes para suspender las contracciones. Es muy importante no confundirla con la bolsa de las aguas; toda vez que su blandura, su fluctuacion y su tension durante las contracciones podrían justificar, hasta cierto punto, semejante error. El dolor intenso que siente la mujer en la region vesical, las ganas incesantes de orinar, y sobre todo el tacto, evitarán al práctico cometer esta transcendental equivocacion. Por el tacto se apreciará que la cabeza del feto ó el cuello uterino son independientes del tumor y que ocupan un punto más alto. El dedo explora fácilmente la vejiga por detras, pero no pasa entre ella y la sínfisis pubiana. La sonda, evacuando la orina, hace que desaparezca el cistocele, y en fin, puede percibir el dedo á traves de las paredes de la vejiga el pico de la sonda, que se introducirá para vaciarla.

Hecha la deplecion de la vejiga, se la intenta reducir en el intervalo de las contracciones uterinas. Si por circunstancias imprevistas fuera imposible el cateterismo, se recurriría á la puncion con un trócar pequeño. Se han indicado dislocaciones de la vejiga entre el recto y la vagina ó en los lados de la pelvis; pero aun admitiendo que sean exactas las dos observaciones de esta naturaleza que se han publicado, son tan raras estas dislocaciones, que su historia está por hacer.

**Tumores del tejido celular de la pelvis.** Estos tumores están constituidos por cuerpos fibrosos, quistes, abscesos, esteatomas, cánceres, etc. Su sitio predilecto es el tabique recto-vaginal. Puchelt ha reunido diez y ocho observaciones de estos tumores que han sido causa de distocia. Inútil creo referir ejemplos, porque son tan numerosas las variedades que presentan, que la historia de uno ilustraría poco la de los demas, y no se puede hacer otra cosa más que repetir los principios generales que se aplican á esta clase de obstáculos. Su consistencia, naturaleza y volumen determinarán la eleccion del procedimiento más conveniente, como hemos indicado en el curso de este capítulo.

Charcot ha llamado la atencion acerca de los quistes hidatídicos de la pequeña pelvis, y Park, en un caso de esta naturaleza, practicó su division con buen resultado.

**Tumores formados por el ovario.** Pueden coincidir con la gestacion las diversas alteraciones del ovario, que dan por resultado el aumento de su volumen, tales como los quistes, degeneraciones, abscesos, etc. Cuando el tumor está situado en la cavidad



abdominal es posible que durante el embarazo dificulte el desarrollo del útero ó determine su dislocacion ; pero no se opone de un modo notable á la marcha del parto.

Cuando, por el contrario, se insinúa en la excavacion, los accidentes más graves complican el parto, y los peligros están naturalmente en relacion con el volumen del ovario. Puede suceder que llene casi completamente la cavidad pelviana.

El diagnóstico es á menudo muy difícil, por la diversidad de los elementos del tumor. En los quistes serosos se percibe comunmente la fluctuacion, pero desaparece casi por completo durante la contraccion uterina, por lo cual debe buscársela cuando está en reposo la matriz. Es preciso, ademas, para evitar errores, tener cuidado de aislar en la exploracion, el útero del tumor accidental, contribuyendo á este objeto el tacto vaginal, rectal y la palpacion. Sin embargo, no siempre será fácil distinguir estos tumores de los que se desarrollan en el tabique recto-vaginal.

El pronóstico de los tumores del ovario, en estas circunstancias, es sumamente grave. Puchelt, que ha reunido treinta y una observaciones, ha visto que la muerte ha sobrevenido quince veces para la madre y veintitres para el niño.

La conducta que debemos seguir en casos de tumores del ovario cambia segun el volumen y naturaleza de éstos. Si son tan pequeños que permiten el encaje, existe la indicacion, que se aplica tambien á los tumores pequeños, de rechazarlos por encima del estrecho superior, cuando es posible, porque á veces contraen con las partes próximas adherencias que se oponen á su reduccion.

En los quistes de contenido seroso se practicará la puncion y se incidirán los multiloculares, porque su producto, demasiado espeso, no podría salir por la cánula del trócar.

La rotura del quiste seroso por efecto de las contracciones, es un accidente que debemos temer, porque sus consecuencias son siempre mortales.

Sadler observó un quiste hidatídico en el hígado de una embarazada, el cual se extendía hasta la pequeña pelvis, entre el útero y el ángulo sacro-vertebral, de tal manera, que durante la vida se hubiera creído en la existencia de un exostosis. En este caso se practicó la operacion cesárea.

Los tumores sólidos y voluminosos que no pueden rechazarse por encima del estrecho superior constituyen una de las complicaciones más temibles del parto. Su extirpacion sería casi tan peligrosa como la operacion cesárea. Si el paso es demasiado estrecho para esperar buen resultado de la embriotomía, será preferible apelar á la operacion cesárea.

**Tumores del recto.** El acúmulo de materias fecales endurecidas puede ser bastante considerable para constituir un obstáculo al parto, de lo cual ha reunido algunas observaciones Lecluyse. Ninguna dificultad presenta el diagnóstico en estos casos.

El sitio del tumor, su consistencia, los datos proporcionados por la enferma y el tacto rectal no permiten desconocer la naturaleza del obstáculo.

El tratamiento consiste en vaciar el recto por los medios empleados en semejantes casos.

**Tumores de la vejiga. CÁLCULOS.** — Existen algunas observaciones de cálculos que han dificultado el parto, para lo cual es preciso que desciendan por debajo de la parte fetal que se encaja, porque no se comprende que acorten los diámetros de la pelvis cuando permanecen por encima del pubis.

Los cálculos son movibles en el intervalo de las contracciones antes de encajarse el feto; por el contrario, son inmóviles durante el esfuerzo uterino. La presión ejercida por el feto ó por el dedo explorador es sumamente dolorosa. Fácil es determinar que la piedra está contenida en la vejiga, y la exploración con la sonda confirma el diagnóstico.

La conducta que debe observarse consiste en rechazar el cálculo por encima del pubis y mantenerlo reducido hasta que la cabeza esté suficientemente encajada para no temer ya su prociencia. Cuando está muy avanzado el encaje, de manera que sea imposible elevar el tumor, el único partido que debemos tomar es practicar la cistotomía vaginal incindiendo la vejiga sobre el mismo cálculo.

Se ha admitido la posibilidad de la expulsión espontánea de los cálculos grandes, fundándose en una observación referida por Smellie. Smellie lo sabía por Archdeacon, y éste, á su vez, por una partera vieja, la cual recordaba haberse verificado el caso y ocurrido haría unos veintiocho años. Creo que semejantes datos son insuficientes para poder admitir la salida espontánea por el conducto de la orina de un cálculo del tamaño de una molleja de pato. Otro tanto diré de la observación de Guérin, que refiere la expulsión espontánea por la uretra, cuatro días antes del parto, de un cálculo del volumen de un huevo de gallina, que pesaba 30 gramos próximamente.

## RESUMEN.

**Obstáculos al parto que dependen de tumores del aparato genital ó desarrollados en su proximidad.**

Este género de obstáculos obra mecánicamente, determinando la estrechez de la pelvis. — Cualquiera que sea la naturaleza del tumor, el resultado es el mismo. — Los procedimientos de intervención son reducidos. — Cuando los tumores son poco voluminosos, lo mejor es esperar:—en el caso contrario, si el tumor es movable, se intentará rechazarlo por encima del estrecho superior. — Se practicará la reducción de las vísceras herniadas. — Los tumores en que se perciba fluctuación se vaciarán por medio

del trócar ó la incision. — Los tumores sólidos podrán en ciertos casos extirparse. — Si su ablacion es imposible, se recurrirá al forceps, al cefalotribo, á la operacion cesárea. — No debe emplearse la version más que en las presentaciones de tronco. — El diagnóstico de los tumores constituye una de las mayores dificultades de la obstetricia. Los tumores que pueden complicar el parto son los siguientes: tumores fibrosos de la matriz; tumores del cuello uterino; fungosos, degeneraciones hipertróficas y tumores enquistados. — Los trombus de la vulva y de la vagina. — Tumores de la vagina: cancerosos, pólipos, quistes. — Edema de la vulva. — Tumores herniarios: enteroceles y epiploceles vaginal, cistocele. — Tumores del tejido celular de la pelvis: quistes, abscesos, acefalocistos, esteatomas, cánceres. — Tumores formados por el ovario. — Tumores del recto. — Tumores de la vejiga: cálculos.

## ROTURAS.

Durante el parto, la mujer desarrolla á veces una cantidad de fuerzas superior á la resistencia de los órganos que las soportan. De aquí resultan las roturas, que se verifican, no sólo en las partes del aparato reproductor, sino tambien en otros puntos del organismo. Estudiaremos estas roturas sucesivamente y en el orden de su importancia.

### Rotura del útero.

La rotura del útero es tanto más rara, cuanto más nos acercamos al principio de la concepcion, no habiéndosela observado antes del segundo mes del embarazo. Durante la preñez depende de una violencia accidental ó de una alteracion lenta del útero que prepara su rotura; pero durante el parto es, sobre todo, cuando se presenta con más frecuencia este accidente.

Las diferentes estadísticas publicadas á propósito de la rotura del útero, no están muy acordes para poder dar la cifra proporcional. Me parece, sin embargo, que podía estimarse la frecuencia del accidente en 1 por 1.500 ó 2.000 partos.

Creo que es necesario no limitar á las roturas propiamente dichas el estudio de las lesiones traumáticas del útero, sino comprender en este capítulo todas las soluciones de continuidad, punturas, modificaciones parciales, etc., que son para la madre causas de distocia.

**CAUSAS.** — Las causas de la rotura del útero pueden dividirse en tres grupos principales: 1.º alteracion del tejido del órgano; 2.º traumatismo y violencia; 3.º contractilidad enérgica luchando contra un obstáculo invencible.

*Alteracion del tejido del órgano.* — Esta causa parece perfectamente demostrada, porque se ha visto al útero romperse du-

rante el embarazo por un esfuerzo de mediana intensidad, como la tos, el vómito y la accion de levantar un peso. Claro está que si no estuviera profundamente alterado el tejido uterino no hubiera podido ocurrir la rotura.

La naturaleza de esta alteracion está lejos de haber sido siempre conocida, y se ha recurrido á las hipótesis para explicar un hecho cuya causa íntima se nos oculta. Lo que parece más verosímil es la existencia de un reblandecimiento del tejido uterino, el cual pierde toda su resistencia. Este reblandecimiento, ¿es, como se ha dicho, resultado de una metritis? Posible es el hecho, pero en rigor no se ha probado todavía.

Los reblandecimientos atróficos, apopletiformes y gangrenosos han sido felizmente imaginados para llenar un cuadro trazado de antemano. Pero los hechos clínicos no han demostrado su realidad.

Para explicar el accidente se ha invocado el adelgazamiento parcial de un punto del órgano. Esta es una hipótesis completamente gratuita é inaceptable, porque no hay nada en la fisiología ni en la patología del útero que autorice semejante opinion. El adelgazamiento general causado por una gran distension, como la hidropesía del amnios ó el embarazo múltiple, no me parecen de ningun modo causa de rotura del útero, por el motivo de que la distension extrema del órgano determina la inercia y no contracciones enérgicas. Añadiré que esta disposicion, al debilitar la contractilidad, no disminuye la tenacidad del tejido uterino.

Los tumores uterinos intersticiales han parecido ser, durante el parto, causas activas de rotura, porque debilitarían en este punto la resistencia que debe oponer el tejido á las contracciones muy enérgicas. Las deformidades de la pelvis con proyeccion hácia delante del ángulo sacro-vertebral pueden determinar la contusion de la parte de la matriz comprimida contra la eminencia huesosa. Esta contusion se ha creído el punto de partida de roturas durante el parto. El tejido cicatricial, interpuesto entre las fibras uterinas y procedente de antiguas lesiones, ha sido en algunos casos el sitio de una rasgadura. El accidente se ha presentado en mujeres que habían sufrido la operacion cesárea, de lo cual ha referido Kayser seis casos. Bourgeois (de Turcoing), ha observado igualmente un caso á los cuatro meses y medio de embarazo, habiéndose verificado la rotura por la antigua cicatriz.

*Traumatismo y violencias.* — Las causas de esta naturaleza son sumamente numerosas: unas son accidentales y otras resultado de tentativas criminales de aborto. Hay otras, en fin, y son por desgracia las más frecuentes, ocasionadas por las maniobras y operaciones tocológicas.

Durante el embarazo puede ser herido el útero por un arma cortante ó contundente. Las observaciones de esta naturaleza han sido con tanta frecuencia reproducidas, que se las ha creído más numerosas de lo que son en realidad, siendo lo notable que

no siempre ha sido la muerte su consecuencia, pues las madres de que hablan Deneux y Schmucker han sobrevivido. El sitio de estas lesiones es naturalmente la cara anterior de la matriz.

Puede romperse el órgano por una compresion violenta, la cox de una caballería, el paso sobre el vientre de las ruedas de un carruaje, la reculada de un carro estado la mujer apoyada contra la pared. La movilidad del órgano y la elasticidad de su tejido atenúan á veces los resultados de la compresion. Se ha admitido, sin embargo, que la contusion que de ella resulta podía producir una inflamacion parcial ó general de la matriz y tambien ulceraciones perforantes.

Las maniobras criminales que tienen por objeto provocar el aborto determinan perforaciones del órgano, con mucha frecuencia mortales.

Las maniobras de la obstetricia, como he dicho, son las causas más comunes de la roturas del útero. La version intentada con demasiada persistencia mucho tiempo despues de la salida completa del líquido amniótico y cuando el útero se encuentra en estado de retraccion permanente, puede causar su rotura. Lo mismo sucede con la aplicacion de los instrumentos: forceps, cefalotribo, ganchos, etc.

En estas circunstancias la lesion recae lo más á menudo sobre el segmento inferior del útero. Se la ha visto, sin embargo, producirse, poco más ó menos, en todos los puntos de su cavidad.

*Contracciones demasiado enérgicas luchando contra un obstáculo invencible.* — Hemos visto que en ciertos casos, cuando el útero encontraba un obstáculo que se oponía á la expulsion del feto, era atacado de contracciones violentas é incesantes. Esta sobreexcitacion morbosa puede llegar hasta la rotura, y entonces se comprende perfectamente su mecanismo.

Por lo comun ocurre el accidente despues de rotas las membranas; y se ha visto que la eminencia formada por un miembro del feto apoyado contra un punto de la pelvis era su punto de partida. Todo lo que constituye un obstáculo grave para la expulsion del feto y coincide con un exceso de energía contráctil puede ocasionar su rotura, por lo cual basta indicar estas causas para comprender su resultado. Las principales son los vicios de conformacion de la pelvis; el exceso de volumen ó malas presentaciones del feto; los obstáculos dependientes del cuello y la administracion intempestiva de grandes dosis del cornezuelo de centeno. Stoltz ha sido el primero que ha indicado una causa de rotura del útero debida al desarrollo incompleto de una de las mitades del órgano. El sabio profesor ha observado varios de estos casos, de los cuales ha recogido bastante número. Antes de la publicacion de su trabajo, se consideraba esta anomalía como perteneciente al embarazo tubario. Una de las mitades del órgano queda rudimentaria, pudiendo contener, sin embargo, un producto de concepcion; pero entonces no llega á término el em-



barazo, y hacia el tercero ó cuarto mes sobreviene una rotura, ordinariamente mortal.

La contusion que determina la presion muy prolongada de la cabeza del feto puede producir la gangrena del tejido, la cual es origen de una fístula.

**SÍNTOMAS DE LAS ROTURAS DEL ÚTERO.** — Las roturas de la matriz, ya sobrevengan durante el embarazo ó en el curso del parto, tienen síntomas comunes, como son: el dolor, la peritonitis y la hemorragia.

Aunque otra cosa se haya dicho, la rotura no presenta prodromo alguno que haga sospechar su inminencia. Es un accidente del todo repentino é imprevisto.

Cuando resulta de una herida penetrante poco extensa, los fenómenos inmediatos son los que se observan en las heridas penetrantes del abdomen. El síntoma dominante es la inflamacion del peritoneo; el feto no abandona la cavidad del útero, y puede sobrevenir una hemorragia por la vagina.

No sucede lo mismo cuando la rotura es espontánea. La extension de la herida permite con frecuencia al producto de la concepcion cambiar de sitio y pasar, más ó menos completamente, á la cavidad abdominal.

La mujer, á consecuencia de un esfuerzo, acusa un dolor violento y experimenta la sensacion de una rasgadura interior. Se altera su fisonomía, se presenta escalofríos, sudor frio, sínco pes, y no tarda en llegar la muerte en medio de los síntomas de una peritonitis sobreaguda. A veces, sin embargo, á los primeros accidentes sucede una calma engañadora, convirtiéndose el dolor, segun Dubois, en una especie de molestia y adormecimiento. Pronto sobreviene el hipo, vómitos tenaces, y el pulso se hace frecuente y pequeño. Cuando el huevo ha adquirido cierto desarrollo y el feto ha pasado por completo á la cavidad abdominal, sus movimientos provocan las exacerbacion de los dolores y reaniman los accesos. La mujer percibe estos movimientos en puntos en los cuales no los había sentido antes.

Se ha dicho que la rotura se verificaba á veces con un ruido bastante intenso para haberlo podido oír los circunstantes.

El síntoma inevitable y que aparece desde el principio es la hemorragia, cuya intensidad está en relacion con la época del embarazo y las dimensiones de la rotura. La sangre se derrama principalmente en el peritoneo, pero sale tambien en abundancia por la vulva.

Los síntomas que se manifiestan durante el parto son iguales. Sobreviene el accidente á consecuencia de contracciones enérgicas ó durante una maniobra. Si es muy extensa la rotura, pasa inmediatamente el feto á la cavidad abdominal; en el caso contrario, y cuando sólo se ha encajado una parte en la herida, el paso se verifica lentamente, á veces al cabo de veinticuatro horas. Si bien cesan las contracciones luego que se manifiesta el

accidente, conserva el órgano una fuerza retráctil que le obliga á rehacerse lentamente, lo cual basta para expulsar al niño á la cavidad del peritoneo.

El feto continúa viviendo todo el tiempo que permanecen sin interrumpirse las conexiones placentarias. La placenta puede quedar adherida ó pasar al abdomen por la vía accidental.

No siempre los síntomas generales están en relacion con la gravedad del padecimiento. La mujer puede sentir dolores moderados, y, sin embargo, sucumbir por una especie de aniquilamiento.

DIAGNÓSTICO. — El diagnóstico de las roturas del útero durante el embarazo no siempre es fácil. El dolor violento que la mujer siente, los fenómenos generales que se manifiestan y su brusca invasion despiertan la idea de una peritonitis traumática, pero no permiten siempre precisar su causa verdadera. La exploracion vaginal proporciona muy pocos datos. Si la mujer ha llegado á una época del embarazo en que la cabeza fetal es voluminosa, y si anteriormente se ha comprobado la presencia de ésta en el estrecho superior, su desaparicion podrá ser un dato útil. El estado del cuello no puede aclarar la cuestion, y debemos examinar principalmente el segmento inferior de la matriz. Pudiera ser tambien un elemento de diagnóstico la presencia de un tumor insólito fuera de la cavidad uterina.

La palpacion abdominal sería un procedimiento de investigacion muy útil, pero desgraciadamente no es posible practicarla, en razon á los dolores excesivos que provoca.

Finalmente, posible es que se trate de un embarazo extrauterino cuyo quiste se haya roto de un modo espontáneo. En muchos casos el diagnóstico diferencial será imposible.

Como se ve, los síntomas positivos son por lo comun insuficientes. Se tendrá en cuenta la invasion brusca de la enfermedad, la sensacion de desgarradura experimentada por la mujer, y la coincidencia de una hemorragia externa con los fenómenos generales que acabamos de indicar.

Durante el parto, su repentina suspension despues de un violento dolor y la sensacion de desgarro que sigue á enérgicas contracciones ó á una intervencion desgraciada, darán lugar á una fundada sospecha, sobre todo cuando á esto se añade una hemorragia concomitante. La dilatacion del cuello permite ademas comprobar la desaparicion del feto, que era antes accesible al tacto. El cuello se cierra y se retrae con bastante rapidez. El vientre ha perdido su aspecto normal, siendo más ancho y menos prominente. La palpacion, hecha con muchas precauciones, permite sentir, sobre todo en mujeres flacas, los movimientos del feto más superficiales; el útero forma un tumor más ó menos bien limitado en los lados del abdomen, y fuera del órgano se siente una masa movable constituida por la criatura. Añádanse á esto los fenómenos hemorrágicos y los síntomas

generales que adquieren rápidamente suma gravedad, y el diagnóstico de la rotura no presentará dificultad alguna. La exploracion interna no dejará duda tampoco, porque fácilmente descubrirá la mano la lesion que ha permitido el paso del feto; algunas veces una de sus partes ó un asa intestinal herniada estarán encajadas en la solucion de continuidad.

Sin embargo, los síntomas no son tan característicos en la mayoría de los casos. A veces la rotura, de mediana longitud, no ha dado paso al feto; un miembro solo se encuentra interpuesto entre los labios de la herida, y el útero, retraído sobre esta parte herniada, no deja salir más que una pequeña cantidad de sangre. Los síntomas generales no tienen la horrible gravedad que acabamos de indicar, ni está modificado el aspecto del abdomen. En estas circunstancias carece de precision el diagnóstico, y sólo en el momento del alumbramiento, y mediante una exploracion atenta, puede reconocerse la lesion que sólo había podido sospecharse. Mac Clintock ha dado como síntoma de la rotura del útero el enfisema subcutáneo de la region hipogástrica.

Hay que manifestarse muy reservado en la expresion del diagnóstico, y no pronunciarse en favor de un hecho tan grave mientras no tengamos certeza. Se comprende la necesidad de esta reserva por interes del-médico y de la familia.

**LESIONES ANATÓMICAS.** — Las roturas del útero pueden afectar todos los puntos del órgano; en el orden de frecuencia se las encuentra en el cuello, en el fondo, las caras, y por último, en los lados. Cuando son espontáneas y sobrevienen durante el embarazo, ocupan siempre el cuerpo; durante el parto se observan principalmente hácia el cuello.

La region en que se inserta la placenta es tan rara vez atacada, que sólo se conoce una observacion referida por Delamotte.

Cuando la lesion del útero, durante el embarazo, es producida por un instrumento vulnerante, la forma de la herida está en relacion naturalmente con el modo de obrar del instrumento.

La rotura espontánea, reconociendo por causa un reblandecimiento del tejido uterino, se acompaña de algunos caracteres anatómicos especiales que se encuentran en las paredes del órgano. Está menos consistente el tejido uterino, y en él se observan equimosis é infiltraciones sanguíneas. Taurin admite que pueden existir abscesos ó placas gangrenosas á consecuencia de una metritis flegmonosa.

Confieso que las observaciones de Faber y de Ozanam, en las que se funda Taurin para establecer la posibilidad de estas lesiones, no me parecen tener la significacion que les concede.

La constitucion del órgano, compuesto de planos musculares que tienen distintas direcciones, explica la diversidad de figura que toman las roturas y la irregularidad de sus bordes. La lon-

gitud de la herida es sumamente variable; puede tener uno ó dos centímetros, ó adquirir tan grandes proporciones que pase inmediatamente el feto á la cavidad peritoneal. En razon de la retracilidad uterina, que continúa aun cuando se suspenda enteramente el parto, estas roturas se estrechan rápidamente tan pronto como se queda vacía la cavidad del órgano.

A traves de la solucion de continuidad puede formar hernia un asa de intestino, y encontrarse estrangulada por la retraccion del útero. La abundancia de la hemorragia está en relacion con el sitio de la herida; si se verifica en un punto recorrido por muchos y grandes vasos, se concibe que la cantidad de sangre derramada será considerable, y podrá llegar á constituir un accidente en el acto mortal. Se encuentran á veces en el peritoneo enormes depósitos de sangre. Este líquido se infiltra igualmente en el tejido celular subperitoneal y entre las hojas del peritoneo.

La adherencia de la cubierta peritoneal no es igual en todos los puntos del órgano; es más íntima en las caras anterior y posterior que en los lados. De aquí resulta que la rotura puede verificarse en estas regiones sin que el peritoneo participe de ella.

Collins ha referido nueve observaciones en que se ha observado esta particularidad. Cazeaux y Duparcq refieren un caso cada uno. El derrame de sangre se verificó entonces entre el tejido muscular y la túnica serosa.

Se ha observado la disposicion inversa, es decir, la rotura de la serosa, sin division del tejido muscular. Clarck ha visto cincuenta ó sesenta veces lacerada la serosa que cubre la cara posterior del órgano, sin que en ninguna estuviera comprendido el tejido muscular. Su extension variaba entre dos líneas y dos pulgadas inglesas. Ramsbotham, en su tratado de partos, refiere un hecho análogo. White ha observado en una sola matriz dos roturas de la túnica muscular, y una tercera que interesaba el peritoneo y algunas fibras musculares superficiales. Por último, Chatto ha visto una rasgadura completa acompañada de tres ó cuatro fisuras que no penetraban en la cavidad uterina.

La rotura del cuello del útero puede llevar consigo una lesion análoga de la vagina, de lo cual nos ocuparemos en seguida.

**TERMINACION Y PRONÓSTICO.** — La rotura del útero es un accidente casi siempre mortal para la madre y el niño. Este último sucumbe, porque el socorro no es bastante rápido. A pesar de los considerables desórdenes que produce esta lesion, se citan algunos casos en que se ha salvado la madre. Se la ha visto sobrevivir despues de la extraccion del niño por las vías naturales y á traves de la herida que le había dado paso, ó despues de la gastrotomía.

Hay algunas observaciones mucho más extraordinarias, en las cuales el feto, abandonado en la cavidad abdominal, ha salido en fragmentos al cabo de un tiempo variable á traves de

trayectos fistulosos, de abscesos abiertos al exterior ó en los órganos próximos.

La curacion es lo excepcional: la muerte es la regla. Sobreviene á veces casi inmediatamente, á causa de una hemorragia fulminante.

Se han visto algunas mujeres sucumbir rápidamente como sideradas á causa de la conmocion que experimenta todo el organismo por tan terrible accidente.

Lo más comun es que muera la mujer por una peritonitis que parece inevitable á causa del paso del niño á la cavidad peritoneal, de la cantidad de sangre y de líquido amniótico que en ella se derraman, y, finalmente, por las maniobras de exploracion y extraccion del feto.

La rotura que sobreviene antes de la division de las membranas es la más grave, porque va acompañada del derrame de líquido amniótico en el peritoneo.

En algunos casos no se ha conocido la estrangulacion de un asa intestinal, hasta que no había ya remedio para esta causa de muerte.

Por último, se han visto sucumbir mujeres despues de mucho tiempo, á causa de supuraciones pelvianas determinadas por la permanencia prolongada de cuerpos extraños en la cavidad del peritoneo.

TRATAMIENTO. — El tratamiento de las roturas del útero exige en la mayoría de los casos una intervencion activa y directa que hace recaer sobre el profesor una terrible responsabilidad. Aunque el hombre del arte debe subordinar siempre sus intereses á los de la mujer que asiste, sin embargo, esta abnegacion tiene sus límites, y tenemos derecho para presentar la cuestion siguiente: « En un caso mortal casi por necesidad, ¿debe el profesor, al intervenir inmediatamente, correr el riesgo inevitable de que se le atribuya la muerte de la mujer? » Por mi parte confieso que lo miraría despacio, y no me decidiría á operar hasta no haber expuesto con mucha claridad, y en presencia de otros profesores, la gravedad de la situacion. Los circunstantes son absolutamente incapaces para apreciar la extension del peligro, y las tentativas hechas con el fin de remediarlo serían consideradas seguramente como la causa de la muerte. No dirían: el médico no ha sabido impedir la muerte de la mujer; sino: *el médico la ha matado*. Y gracias si algun proceso no venía á completar las injustas recriminaciones de la familia.

El tratamiento de las roturas del útero varía segun la época de la gestacion en que sobrevienen.

No puede indicarse tratamiento profiláctico, á causa de que siempre ocurre el accidente de un modo imprevisto, y sin que nada haga sospechar la inminencia del peligro. La única indicacion racional consiste en moderar ó detener las contracciones incesantes, cuya energía pudiera hacer temer una rotura.



En los primeros meses del embarazo el arte carece completamente de medios. La compresion abdominal, que se ha aconsejado para detener la hemorragia, es un medio pueril y que tendría con seguridad más inconvenientes que ventajas; los refrigerantes son completamente inútiles, y los astiespasmódicos no pueden tener influencia sobre los formidables accidentes que se han de presentar. Se dispondrá el tratamiento de la peritonitis traumática, aunque esperando poco de su eficacia. Si alguna cosa puede ser útil, seguramente es la administracion de los opiados á altas dosis, porque producen en el organismo un adormecimiento que puede moderar la intensidad de los primeros síntomas.

Cuando el embarazo ha pasado de los seis meses y el niño está vivo, la indicacion consiste en hacer su extraccion todo lo más pronto posible. Pero aquí la conducta que debe seguirse está subordinada á la situacion que ocupa el feto con relacion al peritoneo. Si la lesion es tan extensa que ha dejado pasar los elementos del huevo á la cavidad del vientre, es preciso no apelar á la dilatacion forzada del cuello ni á su desbridamiento, porque puede suceder que el órgano, al retraerse, haya disminuido la extension de la herida de manera que no permita ya la vuelta del feto por la vía accidental que ha seguido. Se recurrirían, pues, inútilmente á una operacion sumamente peligrosa, subsistiendo la necesidad de la gastrotomía; á cuya operacion, pues, habrá que dar la preferencia. Presenta ademas la ventaja de permitir la extraccion de los cuerpos extraños que están en contacto con el peritoneo.

La misma indicacion se presentaría en el caso en que el diagnóstico comprobara que una parte voluminosa del feto se había encajado á traves de la rotura.

Si estuviera el feto contenido enteramente en la cavidad uterina, se recurriría al parto forzado (1), á la dilatacion artificial ó al desbridamiento del cuello.

Exactamente las mismas serán las indicaciones durante el parto, cuando el cuello no está completamente dilatado.

Despues de la dilatacion, si ha permanecido en su sitio el niño, se aplica el forceps en las presentaciones de vértice, teniendo cuidado de evitar que penetren las cucharas en la rasgadura. Se inmovilizará el útero con las manos de un ayudante aplicadas sobre el vientre, á fin de que al aplicar el instrumento no pase el feto á traves de la rotura. En las demas presentaciones será preferible la version. Si la rotura fuera dependiente de un vicio de conformacion considerable de la pelvis, se estaría autorizado para practicar la operacion cesárea; la vida de la madre está demasiado comprometida, para no intentar, al menos, salvar la

---

(1) En situaciones menos graves, el parto forzado produce constantemente la muerte de la mujer.—(N. de los T.)

del niño ; pero si éste se hallara muerto, sería ocasion de emplear el cefalotribo.

Si el feto está parcialmente encajado en la rotura, es preciso intentar la extraccion por las vías naturales, ya con el forceps ó por la version, segun que el estado de las partes haga preferible una ú otra de estas operaciones.

Se ha aconsejado agrandar con el bisturí la herida uterina cuando la retraccion del órgano, aplicado sobre el feto, haga imposible introducir la mano para hacer la version. Claro está que esta grave operacion sería menos peligrosa que la seccion abdominal (1).

Cuando el niño ha pasado completamente á la cavidad abdominal, se ha aconsejado ir á buscarlo y extraerlo por las vías naturales ; lo cual podría hacerse con buen resultado si la herida fuera bastante grande y el órgano estuviera muy poco retraido para no presentar un gran obstáculo. Esta circunstancia se encuentra, sobre todo, cuando la lesion ocupa el segmento inferior del órgano. Por la misma vía se verifica el alumbramiento. Nos aseguráramos de que una porcion del intestino no formaba hernia á traves de la rasgadura, para hacer su reduccion inmediata, en el caso de que existiera.

En una rotura uterina que databa de nueve dias, Mme. Lachapelle extrajo por las vías naturales un niño en estado de putrefaccion, que había pasado á la cavidad abdominal. La mujer se restableció.

La retraccion del órgano puede ser un obstáculo casi invencible para volver al útero el feto que ha pasado á la cavidad peritoneal. La gastrotomía es entonces el único recurso que le queda al profesor, que deberá practicarla aun en el caso de haber muerto el feto ; porque las probabilidades de que sobreviva la mujer aumentarán con la operacion. Abandonado el niño en estas condiciones, conduce á su madre á una muerte casi segura, mientras que su extraccion ha sido en ciertos casos seguida de buen resultado.

Se combatirán los accidentes consecutivos por los medios que se emplean en el tratamiento de la peritonitis traumática. Serán extraidos con cuidado los coágulos y líquidos derramados. Los resultados obtenidos en la ovariectomía prueban cuán importante es desembarazar el peritoneo de los cuerpos extraños que favorecen su inflamacion.

### Rotura de la vagina.

La rotura de la vagina puede determinarse por el paso de una cabeza demasiado voluminosa, sobre todo cuando es estrecho este conducto. A menudo ocurre el accidente á consecuencia de ma-

---

(1) Si fuera practicable. — (N. de los T.)

niobras torpemente ejecutadas. El forceps, mal dirigido, puede hacer un camino falso, dislacerando la parte superior de la vagina. El mismo accidente puede sobrevenir cuando se quiere introducir bruscamente la mano en el útero estando esté mal sostenido ó incompletamente dilatado. El útero, empujado hácia arriba, arrastra consigo á la vagina más allá de los límites normales de su extensibilidad, y entonces se rompen sus inserciones.

El mismo resultado han producido las tentativas hechas para elevar la cabeza demasiado encajada, con el fin de practicar la version.

Puede estar igualmente dislacerada la vagina en sus extremos: hácia arriba por extension de la rotura uterina, y en su parte inferior por la lesion del periné.

Las alteraciones patológicas de la vagina han sido algunas veces la causa de su rotura.

En cuanto á la gravedad del accidente, importa distinguir la rasgadura de la parte superior de la vagina de las que ocupan sus regiones media é inferior.

En el primer caso, los síntomas que se manifiestan son los mismos que cuando está roto el útero, y el feto puede pasar igualmente al peritoneo. La herida transversal se prolonga con gran facilidad, y las inserciones vaginales quedan divididas en casi toda su extension.

En el momento del accidente siente la mujer un dolor intenso, se verifica un flujo sanguíneo por la vulva, y el parto se suspende ó se retarda notablemente. La matriz se retrae y el feto es arrojado á la cavidad abdominal. Entonces es cuando los síntomas generales y la deformacion del abdomen ponen de manifiesto este accidente, siendo difícil determinar en el acto el sitio de la lesion. Se ignora si se ha hecho la rotura en el útero, en la vagina ó si están comprendidos los dos órganos. El tacto es el único que puede darnos cuenta exacta de ello. A veces viene á complicar la situacion una hernia intestinal, que puede ser irreducible. Tambien se ha comprobado la rasgadura de la vejiga.

La contusion que resulta de la presion prolongada que ejerce la cabeza del feto determina la gangrena de la pared de la vejiga y se hace el origen de fístulas vésico-vaginales.

En las presentaciones de vértice, la extremidad pelviana es, por lo comun, la primera que pasa á traves de la rotura.

La intervencion consiste en hacer volver al feto por el camino anormal que ha seguido, yendo á buscar sus piés. Si la cabeza ocupa todavía el estrecho superior ó la excavacion, se recurrirá al forceps. En estas circunstancias, debe reservarse la gastrotomía exclusivamente para los casos en que exista una estrechez muy notable de la pelvis, capaz de constituir un grave obstáculo á la extraccion del feto por las vías naturales.

Si se manifestara la hernia del intestino, se la reduciría despues del alumbramiento; sólo que la extension de la herida y la

falta de contractilidad de la region son causas que hacen muy difícil poderla contener. No hay que pensar entonces en poner una sutura en la porcion vaginal próxima al útero.

El pronóstico de esta lesion es tan grave como el de la rotura de la matriz. Bell cita un caso en que se salvó la madre ; la extraccion del feto se hizo tres horas y media despues de haber pasado al abdomen ; pero estos buenos resultados son muy raros.

La rotura de la parte media de la vagina se verifica cuando este conducto es demasiado estrecho, porque entonces la cabeza está encajada en la excavacion y el feto no experimenta dislocacion alguna. Generalmente tiene lugar la rasgadura hácia atras, á causa de la mayor distension que sufre la vagina en su parte posterior.

El accidente es local, de gravedad moderada, y no determina la suspension del parto. El recto, por la laxitud de sus conexiones, no participa de la rasgadura más que cuando se verifica hácia abajo y comprende el periné.

Difícil es, durante el parto, reconocer la lesion, hallándose oculta por el encaje del feto. Si pudiera sospecharse semejante accidente, nos apresuraríamos á terminar el parto con el forceps en la presentacion de vértice, ó desdoblando los miembros inferiores del feto y procediendo á su extraccion en las presentaciones de nalgas.

Las rasgaduras de la parte inferior de la vagina van unidas á la rotura del periné. Cuando estudiemos esta última lesion, nos ocuparemos de ellas.

### Roturas de la vulva y del periné.

Las lesiones de la vulva y del periné se producen por causas idénticas ; sus riesgos están naturalmente en relacion con su intensidad. Para evitar repeticiones, expondré primero las causas de las lesiones de la vulva y del periné, despues examinaré especialmente las particularidades que se refieren á cada una de ellas.

La causa más comun de este accidente es la desproporcion entre el diámetro de la vulva y el volúmen del feto ; á saber: vulva demasiado estrecha y niño muy voluminoso. Se le observa en las primerizas, sobre todo, y cuando una cicatriz accidental disminuye la extensibilidad de la region. Se ha querido conceder alguna importancia á la edad avanzada de la mujer. Sin negar absolutamente la realidad de esta opinion, haré notar, sin embargo, que la aptitud para el embarazo desaparece mucho tiempo antes de que los tejidos empiecen á experimentar las modificaciones que les comunica la vejez. Por mi parte, no he visto jamás nada semejante en mujeres que habían llegado á los límites de la vida sexual.

Las contracciones demasiado enérgicas, incesantes y mal dirigidas durante el período expulsivo, tienen grande influencia en

la produccion de estas rasgaduras, ya sea que estas contracciones sobrevengan espontáneamente, ó que sean determinadas por el cornezuelo de centeno.

La principal condicion de integridad de la vulva es que se dilate gradual y progresivamente. La salida demasiado brusca del feto va con frecuencia acompañada, sobre todo en las primerizas de rasgadura más ó menos extensa de la horquilla.

Las presentaciones de vértice en occipito-posterior persistente constituyen tambien, bajo este punto de vista, una mala predisposicion, cuyos motivos he dicho ya al hablar del parto.

Se ha señalado igualmente como causa de rasgadura la situacion viciosa del orificio vulvar, que se abre demasiado adelante ó demasiado hácia atras, la estrechez del arco pubiano y la infiltracion edematosa de la vulva. Por último, Moreau ha indicado la falta de corvadura del sacro y la proyeccion hácia adelante del ángulo sacro-vertebral.

Las roturas de la vulva y del periné pueden reconocer tambien por causa el descuido del profesor que asiste al parto y la negligencia con que lo dirige. El manejo torpe del forceps es causa frecuente de rasgadura de la region cuando se quiere terminar el parto con demasiada rapidez, sin esperar la dilatacion progresiva de la vulva.

**LESIONES DE LA VULVA.** — La más comun de todas comprende una pequeña porcion de la piel y del principio de la mucosa. Esta ligera rasgadura no presenta gravedad, puesto que no pasa de la horquilla. Cuando sobreviene, lo único que siente la mujer es algo de escozor al tiempo de orinar.

Es mucho más raro que esté afectada la comisura anterior; sin embargo, las partes comprimidas por la cabeza contra la sínfisis pueden dar lugar á una erosion ó tambien á una rasgadura. En algunos casos se ha observado la contusion y hasta la rotura de una de las raíces del clítoris.

Los *grandes labios* son á veces afectados de roturas en forma de rasgon, cuyo colgajo triangular levantado puede cicatrizarse más tarde aisladamente, formando una ligera eminencia en la vulva, y otras el colgajo se gangrena y se desprende espontáneamente. Esta pequeña lesion coexiste muy á menudo con edema de los grandes labios, y es raro que no presente al mismo tiempo el periné una rasgadura más ó menos extensa. En vez de una rotura en forma de rasgon, los grandes labios pueden estar afectados de ulceraciones sencillas determinadas por los frotos rudos que ocurren durante la expulsion. Generalmente se observa tambien el edema coincidiendo con esta lesion. A veces, durante el puerperio, estas ulceraciones son el punto de partida de chapas gangrenosas.

*Pequeños labios.* — En este punto se observan ulceraciones superficiales que proceden de la causa que acabamos de indicar. Los pequeños labios, demasiado tensos, se rasgan transver-



salmente en una extension variable, y los bordes de la herida son tan limpios como si se hubieran hecho con tijeras. Puede faltar la reunion inmediata espontánea, y entonces lo colgajos se cicatrizan aisladamente.

Hay otra lesion más rara de las ninfas, que consiste en una rasgadura en el sentido de la longitud, que abre una especie de ojal entre su borde libre y el adherente. La solucion de continuidad, completa en cierta extension, puede interesar sólo la mucosa en el resto de la herida.

**LESIONES DEL PERINÉ.** — Se dividen las rasgaduras del periné en incompletas, completas y centrales.

*Rasgadura incompleta.* — La solucion de continuidad comprende la piel, la mucosa y el constrictor de la vagina; puede interesar incompletamente el tabique recto-vaginal, pero se detiene al llegar al esfínter del ano ó á la mucosa rectal. Lo importante es que las funciones del ano no se perturben y que las materias fecales no pasen á la vagina.

La division recae casi constantemente en el rafe, sucediendo algunas veces que se desvía hácia afuera y se bifurca, dejando intacto el ano.

La herida, comunmente irregular, puede tener el aspecto de la más limpia seccion. Comienza por la piel y se extiende despues á la mucosa; en ciertos casos sigue una marcha inversa. Esta rasgadura da lugar á un pequeño flujo sanguíneo, siendo muy raro que la hemorragia procedente de la division de los vasos se convierta en una complicacion.

Naturalmente se observa en esta lesion, cuando se extiende al tabique recto-vaginal, la rasgadura de la extremidad inferior de la vagina.

*Rasgadura completa.* — Comprende todas las partes que separan el ano de la vulva. Esta lesion constituye una horrible dolencia. La vulva y el ano forman una especie de cloaca, de donde salen involuntariamente los gases del intestino y las materias fecales de poca consistencia. Esta calamidad condena á la mujer al aislamiento, y constituye para ella una situacion llena de amargura.

Se ha dicho que la rasgadura completa del periné predisponía á los descensos de la matriz. No hay razon alguna anatómica que lo justifique; lo que únicamente existe es que el descenso uterino, que sobreviene en estas circunstancias, es más difícil de mantener reducido por la falta de puntos de apoyo que encuentran los aparatos de contencion.

*Roturas centrales.* — En estos casos el feto atraviesa el tabique perineal, dejando intactos la vulva y el ano. Algunas veces, sin embargo, hecha la rasgadura, ha sido expulsado el feto por el anillo vulvar.

La posibilidad de las roturas centrales ha sido mucho tiempo negada, sobre todo por Capuron, que llegó hasta decir en la

Academia : «Lo había de ver y no lo creería.» Hay muchas observaciones en la ciencia para que ni aun la duda sea permitida en la actualidad. Velpeau cita un gran número de casos.

La herida tiene lugar en el rafe ; de allí se divide ordinariamente en dos ramas que contornean al ano ó á la vulva.

En las presentaciones occipito-posteriores persistentes es en las que se observan, sobre todo, las roturas centrales.

La circunstancia más importante de las rasgaduras del periné es la integridad del ano. La lesion de este órgano cambia por completo la naturaleza del accidente y le da una considerable gravedad ; preciso es, cuando de ellos seamos testigos, asegurarnos, introduciendo el dedo en el ano, si la rasgadura perineal es completa.

TRATAMIENTO DE LAS RASGADURAS DE LA VULVA Y DEL PERINÉ. — El tratamiento profiláctico de estas lesiones consiste en vigilar con atencion el período expulsivo, cuyos procedimientos dejo ya detalladamente expuestos. En las occipito posteriores persistentes, cuando amenaza romperse el periné, bueno será aplicar el forceps, ya para verificar artificialmente el movimiento de rotacion que debe conducir hácia adelante el occipucio, ya para determinar la flexion forzada que coloque la cabeza en direccion al eje de la vulva.

El tratamiento curativo comprende indicaciones que difieren segun la extension de la rasgadura.

Cuándo sólo está interesada la horquilla, la pequeña herida se cicatriza espontáneamente, y el único tratamiento necesario es la limpieza. Si la rasgadura del periné es algo extensa, hay que temer la cicatrizacion aislada de los labios de la herida, por lo menos parcialmente, y entonces resulta que se agranda el anillo vulvar de la mujer, lo cual tiene sus inconvenientes. Es casi imposible obtener, como se aconseja, la inmovilidad de los muslos aproximados por medio de una venda ; los cuidados de limpieza, tan necesarios en el puerperio, exigen la separacion de los miembros inferiores, que se repite demasiado á menudo para poder contar, como generalmente se hace, con el resultado de la posicion que se da á la mujer. Es, pues, más ventajoso, reunir la herida con dos puntos de sutura, ó mejor aún con las pincitas de Vidal de Cassis. La aplicacion de éstas exige cierta destreza, por ser difícil establecer el contacto exacto entre dos superficies muy movibles é irregulares. Además, la sensibilidad de la region es sumamente viva, y la mujer soporta mal tan pequeña operacion.

Los numerosos hechos de curacion espontánea son débiles argumentos en favor de la expectacion, y es mucho más prudente intentar la reunion quirúrgica que no exponerse á los cargos que siempre dirigen al profesor cuando la cicatriz no se verifica.

El tejido cicatricial que une las partes divididas no está dispuesto para romperse en los partos sucesivos. A veces sucede

que despues de la incompleta reparacion espontánea queda un punto de la region cicatrizada sumamente doloroso por mucho tiempo.

El color rosado de la mucosa es más vivo en este punto que en los inmediatos. Al tacto se exaspera el sufrimiento. Esta sensibilidad morbosa desaparece con bastante rapidez empleando las cauterizaciones con el nitrato de plata, y si no produce resultado, con el cáustico más enérgico, como, por ejemplo, el nitrato ácido de mercurio.

Cuando la rasgadura del periné es completa é interesa la pared del recto, puede curarse todavía espontáneamente; pero esta feliz terminacion es sumamente rara. En la mayor parte de los casos las mujeres conservan su triste reliquia, y debe intentarse la reunion quirúrgica. Todavía están divididos los autores acerca del momento oportuno de la operacion. Unos quieren aguardar el restablecimiento de la enferma, en cuyo caso hay que avivar los bordes de la herida. Esta grave operacion ha sido varias veces mortal. Otros quieren que se opere en el acto, sin tener en cuenta la posible inflamacion de los tejidos contusos y equimados. Nélaton adopta un término medio; espera algunos dias y practica la sutura cuando todavía existen botones carnosos. De esta manera evita el refrescar los bordes de la herida.

En la perforacion central del periné la curacion espontánea es la regla; la cicatrizacion marcha desde las comisuras hácia la parte central. La retraccion natural del periné despues del parto disminuye considerablemente su longitud, y la cura se verifica sin ningun auxilio. La limpieza, ayudada todo lo posible por la posicion, basta que la herida se cicatrice (1).

### Roturas diversas.

Los esfuerzos violentos que acompañan al parto determinan, en casos muy raros, roturas en diversos órganos que están fuera del aparato de la generacion. Examinemos únicamente las lesiones que tienen relacion con el parto.

**Rotura de la vejiga.** La vejiga, extraordinariamente distendida, puede romperse durante el parto por efecto de las contracciones uterinas. Este accidente, siempre mortal, es sumamente raro. Ramsbotham, padre, observó dos casos; Velpeau cita otros dos, y, por último, Schlichting ha publicado el quinto, en el cual la vejiga contenía un cálculo.

Por desgracia hay una causa mucho más comun de la lesion de la vejiga durante el parto; la debida á maniobras mal ejecutadas. He tenido ocasion de observar tres veces en la Clínica la

---

(1) Evitese con el mayor cuidado la rotura de la brida que existe entre la perforacion y el anillo vulvar; pues, por delgada que sea, es el elemento más importante para la regularidad de la cicatriz.—(N. de los T.)

rasgadura de la vejiga en infelices mujeres procedentes de la ciudad que habían sufrido aplicaciones del fórceps.

**Lesiones de la pelvis.** Las fracturas de la pelvis son excesivamente raras, y cuesta trabajo admitir que la fuerza de uno y hasta de dos hombres pueda determinarlas, cuando los huesos no están alterados por alguna enfermedad.

En mis experimentos sobre la pelvis, al estudiar la fuerza necesaria para determinar su rotura, el minimum de fuerza que he tenido que emplear ha sido de 288 kilogramos; resistieron las sínfisis, y la fractura se hizo en la rama ascendente del isquion. En otros casos he llegado á pasar de 300 kilogramos sin producir fracturas. Doy estas cifras como simples aproximaciones, porque es evidente que la resistencia aumenta con el grueso de los huesos, y que este grueso varía mucho segun las mujeres. Sin embargo, resulta de ellas que la pelvis opone á las fracturas una resistencia mucho mayor de lo que se suponía.

Las fracturas de la pelvis durante el parto son, pues, muy raras, siendo preciso emplear enormes esfuerzos para determinarlas. Sobre este asunto, no conozco más que una observacion de Papavoine, en la cual sobrevino una fractura doble de la rama descendente del pubis y de la tuberosidad del isquion á consecuencia de tracciones hechas por tres médicos á la vez. La pelvis estaba deforme por callos viciosos procedentes de fracturas anteriores.

Las lesiones de la pelvis recaen con más frecuencia sobre los ligamentos articulares, tratándose entonces más bien de diástasis que de verdaderas roturas, siendo preciso todavía admitir que las articulaciones han sufrido en un grado patológico el influjo de la preñez. Las observaciones de Smellie, Hudson, Boch, etc., se refieren á lesiones de esta naturaleza.

En casos de diástasis de la sínfisis, el tratamiento consiste en inmovilizar la pelvis por medio de un vendaje conveniente y condenar á la mujer á un reposo absoluto bastante prolongado.

**Fracturas del esternon.** Chaussier, Martin Saint-Ange y Diaz citan cada uno un ejemplo de esta fractura, ocurrida durante el parto, á consecuencia de contracciones violentas.

**Enfisema traumático.** En el mecanismo del esfuerzo, la mujer, mediante una profunda inspiracion, llena sus pulmones y se opone á la salida del aire manteniendo cerradas las vías respiratorias. El aparato aéreo, distendido, queda sometido á una presion considerable por la contraccion muscular; si en este estado cede uno de estos puntos, pasa el aire por la solucion de continuidad y se infiltra en los tejidos proximos.

En tres casos de esta naturaleza, observados por Menières, el enfisema, limitado á la region cervical anterior, desapareció espontáneamente al cabo de algunos dias. Depaul, en su obra acerca de este asunto, consigna un caso de muerte, que atribuye á un enfisema pulmonar sobrevenido durante el parto. La mujer

sucumbió rápidamente con síntomas de asfixia. Los detalles de la observacion dejan algunas dudas respecto á la exactitud del diagnóstico ; los signos del enfisema estaban limitados al pulmon, sin presentarse en ningun otro punto del cuerpo. En la misma obra refiere Depaul otras dos observaciones de esta lesion ocurrida durante el parto. El enfisema invadió el pecho y los miembros superiores, y se dispó espontáneamente al cabo de algunos dias, despues de haber determinado en una de las enfermas síntomas pasajeros de sofocacion. Por último, Velpeau cita dos casos análogos pertenecientes á Jourdain y á Campbell.

**Roturas de tumores.** Sólo se ha observado este accidente en embarazos extrauterinos de que más tarde nos ocuparemos. Se concibe la posibilidad de roturas espontáneas de quistes líquidos del ovario ó desarrollados en otros puntos de la cavidad pelviana, pero no conozco ninguna observacion.

**Roturas de músculos.** A consecuencia de los esfuerzos del parto, Lachapelle observó dos veces la rotura de uno de los psoas y de uno de los rectos del abdomen. Chaussier ha comprobado lo mismo en los psoas. Percy refiere un caso de rotura de diafragma ; la muerte fué inmediata ; en la autopsia se vió que habían pasado á la cavidad del pecho dos terceras partes del estómago, que arrastraron consigo el epiplon y un asa del colon.

Se ha indicado igualmente la separacion repentina de la línea blanca producida durante un esfuerzo violento y que da lugar á eventraciones más ó menos graves.

**Roturas del aparato circulatorio.** El corazon, cuado está ya enfermo, puede romperse durante el parto, de lo cual Morderet y Moynier citan ejemplos, Bryant refiere un caso análogo. En la coleccion de Ranking se encuentra una observacion de rotura de la arteria pulmonar. Blizzard y Ogle citan cada uno un ejemplo de rotura de los vasos del ovario.

Morderet y Moynier, así como Marie, indican roturas de los vasos cefalo-raquídeos que han causado la parálisis ó la muerte repentina. Jacquemier cita algunas observaciones de roturas de las venas de los ligamentos anchos, de los ovarios y de las venas iliacas que han producido la muerte ; refiere tambien casos de aneurismas que se han roto durante el parto.

Se ha comprobado la rotura de várices y de venas superficiales á causa de los trastornos que se observan en la circulacion durante el embarazo.

## RESUMEN.

### Roturas.

A consecuencia de los esfuerzos violentos que acompañan al parto, se observan roturas en diferentes puntos del organismo.

**Roturas del útero.** Raras antes del segundo mes, se las ob-



serva principalmente en el momento del parto. — Ocurre aproximadamente una vez entre 1.500 á 2.000 partos. — *Causas.* — 1.º Alteracion del tejido del órgano; 2.º traumatismo y violencias; 3.º esfuerzos demasiado enérgicos. — Está demostrada la alteracion del tejido por las roturas espontáneas que sobrevienen durante el embarazo. — No se conoce exactamente la naturaleza íntima de este reblandecimiento. — Los tumores uterinos intersticiales son, al parecer, causa de roturas, porque debilitan la cohesion del tejido en el punto en que se encuentran. — La proyeccion hácia delante del ángulo sacro-vertebral determina la contusion del punto del útero comprimido contra dicha eminencia huesosa. — Este magullamiento es, al parecer, el punto de partida de las roturas. — El tejido cicatricial, que procede de antiguas lesiones, puede ser tambien el sitio del accidente. — Las causas traumáticas son numerosas: heridas, presiones por un carruaje, golpes, violencias, tentativas de aborto, operaciones de obstetricia mal ejecutadas, contracciones demasiado enérgicas luchando contra un obstáculo insuperable. — Por lo comun ocurre el accidente despues de rotas las membranas. — *Síntomas.* — Los principales son: el dolor, la peritonitis y la hemorragia. — Cuando la rotura depende de una herida penetrante de poca longitud, el feto no abandona la cavidad uterina. — Cuando es espontánea durante el embarazo, lo más comun es que el feto pase á la cavidad abdominal. — La mujer experimenta la sensacion de una rasgadura interna. Sobrevienen escalofríos, sudor frio, síncope, hipo, vómitos, deformacion del vientre, y la mujer sucumbe en medio de los síntomas de una hemorragia interna. — Por la vagina fluye sangre al mismo tiempo. — Durante el parto cesan las contracciones y pasa el feto más ó menos completamente á la cavidad del peritoneo. — Si los accidentes hemorrágicos son poco intensos, sucumbe la mujer á consecuencia de una peritonitis sobreaguda. — *Diagnóstico.* — Difícil durante el embarazo, los fenómenos generales hacen creer en una peritonitis, cuya causa íntima no puede rigurosamente precisar en la mayoría de los casos. — La palpacion, el tacto, la forma del vientre, la auscultacion y la hemorragia proporcionan importantes datos en un período avanzado de la preñez. — Durante el parto, si se suspende de un modo repentino y coincide con flujo de sangre, dolor intenso acompañado de sensacion de rasgadura, de contracciones demasiado enérgicas ó de una maniobra de obstetricia, se podrá sospechar la naturaleza de la lesion. — *Lesiones anatómicas.* — Las roturas de la matriz pueden ocupar todos los puntos del órgano. — La forma de la herida, su aspecto y su anchura son sumamente variables. — La retractilidad del órgano disminuye rápidamente la longitud de la rasgadura. — A traves de ésta puede formar hernia un asa intestinal. — El peritoneo es con frecuencia asiento de un derrame enorme de sangre. — La rasgadura puede com-

prender sólo la capa muscular y detenerse al llegar al peritoneo, y *viceversa*. — *Pronóstico y terminaciones*. — La rotura del útero es con frecuencia un accidente mortal. — Se citan, sin embargo, algunos casos de curacion. — Sobreviene la muerte, á veces inmediatamente, por hemorragia, — ó al cabo de poco tiempo por peritonitis sobreaguda. — Más tarde, á consecuencia de abscesos ó supuraciones abdominales. — *Tratamiento*. — En los primeros meses del embarazo el arte es impotente. — Debe resignarse el profesor y renunciar á una intervencion directa. — Despues del sexto mes, si el niño vivo ha pasado al peritoneo, se practicará la gastrotomía. — Durante el parto, y antes de dilatarse el cuello, la indicacion es la misma. — Despues de dilatado, y segun la situacion del feto: forceps ó version. — Debe intentarse extraer al feto por las vías naturales. — En las pelvis estrechas, cefalotripsia. — Si es imposible la extraccion del feto por las vías naturales, gastrotomía.

**Rotura de la vagina.** Se produce esta lesion por el exceso de volumen de la criatura al atravesar un conducto demasiado estrecho. — Reconoce principalmente por causa operaciones ejecutadas con torpeza, ó una alteracion patológica. — Los síntomas son los mismos que en las roturas del útero, cuando la rasgadura es extensa y ocupa la parte superior del órgano. — En los casos de roturas de la vagina hay que llenar las mismas indicaciones que en las del útero.

**Rotura de la vulva y del periné.** La causa más comun de estos accidentes es la desproporcion entre el diámetro de la vulva y la cabeza del feto. — Se las observa principalmente en las primerizas. — Las contracciones demasiado enérgicas, incesantes y mal dirigidas, son tambien causas muy activas de estas roturas. — Las presentaciones de vértice en occipito-posterior persistente son, con especialidad, á propósito para determinarlas. — Por último, se indica tambien la mala aplicacion del forceps. — La vulva experimenta muy frecuentemente una ligera rasgadura de su horquilla; esta lesion no tiene importancia. — Los grandes labios experimentan roturas en forma de rasgon, ó erosiones determinadas por los frotos rudos que se verifican durante el paso de la cabeza. — Los pequeños labios, demasiado tensos, pueden romperse transversalmente. — Las rasgaduras del periné son: 1.º parciales ó incompletas: se extienden hasta el ano, al cual no interesan, ú ocupan menos extension del tejido; 2.º completas: en éstas se encuentra dividido el ano; 3.º centrales: pasa el feto entre el anillo vulvar y el ano, sin interesar estos dos orificios. — El tratamiento profiláctico de estas rasgaduras consiste en vigilar con atencion el período expulsivo. — El tratamiento curativo comprende diferentes indicaciones, segun la gravedad del accidente. — Se reunen con las pincitas de Vidal de Cassis los bordes separados de la rotura incompleta. — La rasgadura completa exige una operacion, acerca de cuya opor-

tunidad no están acordes los autores. — La rasgadura central se cura espontáneamente, por lo comun.

**Rotura de la vejiga.** Accidente mortal sumamente raro.

**Lesiones de la pelvis.** Las fracturas son prodigiosamente raras. Con más frecuencia se observan las diástasis de los ligamentos articulares.

**Fracturas del esternon.** Sólo se conocen tres observaciones.

**Enfisema traumático.** El aparato respiratorio puede romperse en un punto muy limitado durante los esfuerzos del parto. — De aquí resulta un enfisema que se disipa, en general, espontáneamente al cabo de algunos dias.

**Roturas de los músculos.** Se han comprobado la de los psoas, de los rectos, del abdomen y del diafragma. — Algunas veces una eventracion.

**Roturas vasculares.** Se ha observado la rotura del corazon, de la arteria pulmonar, de los vasos cefalo-raquídeos, de las venas ilíacas, de las ováricas y de tumores aneurismáticos. — Durante el embarazo se ha visto la rotura de várices y de venas superficiales.

## HEMORRAGIAS.

Examinaré aquí únicamente las hemorragias uterinas. Las que proceden de lesiones vasculares, fuera de su cavidad, ó de roturas, han sido ya descritas (véase *Roturas y Trombus*). Las hemorragias fetales serán estudiadas al tratar de la distocia determinada por los anexos del feto.

La hemorragia adquiere una fisonomía especial en las diversas épocas del embarazo; la causa principal es siempre la misma: separacion mayor ó menor del útero y de la placenta; sin embargo, los síntomas difieren, el mecanismo se modifica y las indicaciones terapéuticas cambian.

Bajo este punto de vista forma un grupo aparte la hemorragia que sobreviene á los tres ó cuatro primeros meses del embarazo.

A medida que nos aproximamos al término de la preñez, adquiere el accidente, no sólo mayor gravedad, sino que tambien el mecanismo de su produccion está más marcado, notándose con frecuencia la existencia de una causa especial; v. g., la insercion de la placenta cerca del cuello. Los fenómenos hemorrágicos del embarazo pueden manifestarse ó simplemente continuar durante el parto sin modificaciones sensibles. Es, pues, racional comprender estos dos períodos en un mismo estudio.

Por último, el alumbramiento y el puerperio pueden complicarse con accidentes hemorrágicos que tienen síntomas propios, y necesitan procedimientos de intervencion especiales.

Dividiré, pues, el estudio de las hemorragias uterinas en cuatro capítulos: 1.º hemorragias de los primeros meses; 2.º de la pre-

ñez adelantada y del parto; 8.º del alumbramiento; 4.º del puerperio.

### Hemorragia de los primeros meses del embarazo.

CAUSAS. — Los trabajos publicados en estos últimos años acerca del desarrollo de la placenta permiten comprender mejor que en la antigüedad el mecanismo de las hemorragias que se verifican en los primeros meses del embarazo. Hemos visto que los senos uterinos se forman por la coalescencia de las venillas de la mucosa utero-placentaria. La desaparicion de sus paredes las transforman en lagos sanguíneos. Este trabajo es progresivo, y marcha á la par que el desarrollo de las vellosidades placentarias. Creo que semejantes modificaciones, verificándose de un modo simultáneo en una superficie bastante extensa, pueden dar lugar á flujos sanguíneos. Cuando se examina la formacion de los senos llamados coronarios que rodean en cierto modo la circunferencia de la placenta, admira que no sean más frecuentes las hemorragias, y que un punto excéntrico, eludiendo la coincidencia de las vellosidades que deben tapizarle, no sea el origen más frecuente de flujo sanguíneo.

Para mí, la causa principal de las hemorragias que se presentan en los primeros meses del embarazo es el trabajo de destruccion que se apodera de las paredes de las venillas y capilares, que transforman en lagos sanguíneos.

No es ésta la única causa. A consecuencia de una viva emocion, de una caída, de una conmocion notable del organismo, puede desprenderse la placenta en una extension mayor ó menor, como veremos igualmente en períodos avanzados del embarazo.

Hemos indicado la posible continuacion de las reglas durante los primeros meses de la preñez. Se ignora todavía cuál es el sitio preciso de este flujo y por qué mecanismo se produce. De suerte que es difil determinar si debe colocarse entre los fenómenos de la menstruacion ó en los accidentes hemorrágicos.

Establecido esto, examinaré las causas de la hemorragia admitidas por los autores, y que, en mi sentir, han clasificado inútilmente en predisponentes, determinantes y especiales. Estas subdivisiones, en apariencia metódicas, en vez de ayudar á la memoria, la recargan más.

Hay conformidad, en general, para considerar la preñez como causa predisponente de hemorragias; pero el embarazo es una funcion fisiológica que no puede compararse con un estado morboso; esta funcion está destinada á perpetuar la especie, y es imposible admitir que la naturaleza desarrolle en el organismo una predisposicion capaz de impedir su obra. Basta examinar la precision admirable con que se verifica la formacion de los senos para rechazar esta hipótesis.

Añadiré que si se separan las hemorragias accidentales que reconocen por causa una conmocion física ó moral, y las enfermedades del huevo, se comprueba que el accidente sobreviene con tanta frecuencia, si no mayor, durante el estado de vacuidad del útero que en el de gestacion.

Las pretendidas congestiones del órgano dependientes de una circulacion más activa son puramente imaginarias. El aumento de aflujo sanguíneo destinado á nutrir el nuevo sér va acompañado de un desarrollo simultáneo de vasos que equilibra la llegada y salida de este fluido.

El error consiste en mirar el embarazo como un estado patológico. Admitida esta falsa idea, se supone naturalmente la serie de lesiones que deben resultar de ella. Nada hay más contrario á la sana fisiología, debiéndonos guardar de estas hipótesis tradicionales que no resisten á un exámen detenido.

Preciso será, sin embargo, no mostrarse demasiado exclusivos, porque el útero en gestacion no está enteramente exento, aparte de la superficie placentaria, de las causas de hemorragia que se manifiestan en el estado de vacuidad. A falta de otra explicacion más exacta, puede aceptarse el molímen hemorrágico, que se da á conocer, segun Desormeaux y Velpeau, por una exhalacion análoga á la de la epistaxis. Puede tener su origen en los vasos de la caduca en vía de formacion, y su actividad circulatoria hace esta hipótesis muy probable.

Jacquemier considera como causa de hemorragia la disposicion de los senos que tienen por conductos de desagüe venas de un calibre relativamente pequeño. Esta disposicion, segun él, favorecería el éxtasis de la sangre en los senos y los predispondría á las roturas vasculares. Cuando se cree ver una disposicion desfavorable en la circulacion normal de un órgano, puede decirse con seguridad que no ha visto bien el observador, porque el mecanismo humano no presenta jamás estos errores de construccion.

He demostrado que las ideas de Jacquemier acerca de la disposicion de los vasos placentarios no eran aceptables en la actualidad. Es, pues, inútil refutar las conclusiones que deduce respecto á la hemorragia. En realidad, son más anchos los senos que las venas en que desaguan; pero las arterias que llevan la sangre á los senos, tienen un calibre menor que el de las venas, el reservorio no se distiende, pues, por exceso de replecion, y la circulacion está equilibrada como en el resto de la economía.

No añadiré á estas causas, que merecen al menos discutirse, la lista de las comunes que se hallan á la cabeza de todas las enfermedades, como el temperamento sanguíneo, el estado anémico, las privaciones, los disgustos, la ociosidad, la vida activa, el calor, el frio, la sequedad y humedad, etc. Claro está que en un caso dado se tendrán en cuenta todas las circunstancias cuando adquieran las proporciones de un estado verdaderamente patoló-



gico ; pero en las condiciones ordinarias apenas merecen enumerarse.

Por último, las causas que determinan el aborto (véase este capítulo) son naturalmente causas de hemorragia.

**SÍNTOMAS Y PRONÓSTICO.** — La hemorragia que sobreviene en los primeros meses del embarazo merece una atencion formal, porque con mucha frecuencia es el primer síntoma del aborto. En estos casos, pronto se presentan los fenómenos que hemos indicado al tratar del malparto. La abundancia de la hemorragia varía mucho, siendo raro que sea de pronto muy considerable cuando es idiopática ; pero puede durar varios días y reaparecer despues de haber cesado. En general, la sangre líquida está mezclada con coágulos.

Algunas veces se observan prodromos, como sensacion de peso en las regiones hipogástrica y lumbar. A menudo nada de esto se presenta, y el único fenómeno que se comprueba es el flujo sanguíneo. Los síntomas generales propios de las hemorragias se manifiestan sólo en los casos en que la pérdida de sangre es excepcionalmente muy intensa ó cuando ha durado mucho tiempo. Entonces es casi inevitable la expulsion del producto. No siempre sucede así, sin embargo, y se ha visto en casos raros proseguir el embarazo su curso regular.

En los primeros meses de la gestacion, la hemorragia siempre es externa; el útero no tiene todavía una extensibilidad suficiente para temer, como sucede más tarde, el acúmulo de una gran cantidad de sangre en su cavidad.

**DIAGNÓSTICO.** — El diagnóstico presenta con frecuencia dificultades casi insuperables. La hemorragia puede ser sintomática de un padecimiento uterino ; éste es el primer punto que es necesario dilucidar, estudiando con cuidado el estado del órgano. Puede depender de la vuelta de las reglas despues de una suspension momentánea extraña al embarazo. Preciso es examinar entonces con atencion los síntomas que caracterizan al principio de la preñez. Finalmente, no se puede en el acto determinar si el flujo sanguíneo pertenece á una simple hemorragia ó si es sólo el primer síntoma del aborto. Ahora bien, como realmente esta eventualidad es lo más comun, se debe, por prudencia, obrar como si el malparto fuera inminente.

**TRATAMIENTO.** — Lo primero que debe hacerse, tratándose de hemorragias, es proporcionar el reposo absoluto. La enferma debe conservar rigurosamente el décubito horizontal. Se la pondrá poca ropa, aconsejándola que tenga baja la cabeza y algo elevada la pelvis. Se vaciarán la vejiga y el recto.

Las bebidas destinadas á calmar la sed, que es bastante viva cuando es abundante la hemorragia, se darán frias. Preciso es no fiar demasiado en su composicion para obtener un efecto muy enérgico, y dudo mucho que en estas circunstancias tengan gran accion la limonada sulfúrica ni las tisanas astringentes.

Se ha recomendado, en general, el uso de compresas empapadas en agua fria aplicadas á la region hipogástrica y muslos. Creo muy á propósito este medio para despertar la contraccion uterina, cuando ha caido el órgano en la inercia despues del alumbramiento, porque entonces obra determinando una accion refleja bastante enérgica. Pero me parece dudoso que las aplicaciones frias puedan obrar directamente y de una manera eficaz sobre la circulacion de un órgano encerrado en la pelvis. Las capas anatómicas que debe atravesar el frio son más que suficientes para aniquilar su poder. Añadiré que la accion sedante del frio va seguida de una reaccion inmediata cuando se la suspende bruscamente; es necesario, pues, cuando nos decidamos á usar el frio, retirarlo de un modo gradual.

Las sangrías forman parte del tratamiento indicado por casi todos los autores, aunque á la verdad las usan poco. Este es un legado de los tiempos antiguos que se acepta con esta pequeña restriccion: es preciso abstenerse de ellas si la hemorragia es muy abundante. Ahora bien: ¿cómo prever que una hemorragia ligera no se hará sumamente grave en un momento dado? No quiero preguntar á la fisiología por qué mecanismo una sangría del brazo podrá llegar á detener la sangre que sale por los vasos uterinos, porque me respondería con seguridad que no lo sabe, y que este resultado se explica bastante mal.

El examen de los hechos clínicos no es más favorable, y los prácticos que emplean la sangría en estas circunstancias tienen cuidado de unir á ella otros agentes, lo que prueba que no les inspira una gran confianza. Para no chocar con una tradicion tan antiguamente establecida, toleraré la sangría en los casos en que exista una plétora en extremo manifesta.

Las inyecciones astringentes serán útiles en estas hemorragias. Es un medio al cual recorro con alguna frecuencia. Empleo una disolucion saturada de alumbre (60 gramos por litro de agua). Estas inyecciones, repetidas á menudo, determinan á veces la formacion de coágulos que pueden detener la hemorragia. He renunciado al empleo de las disoluciones de percloruro de hierro á 30° con partes iguales de agua, porque aunque son más enérgicas, tienen el inconveniente de trasformar la sangre en una especie de barro muy consistente y difícil de desprender cuando sobreviene el aborto, que debe encontrar libre el conducto.

Hay un agente cuya eficacia debe ponerse siempre á prueba, y éste es el opio. En el aborto inminente basta con mucha frecuencia, ayudado del reposo, para contener la hemorragia, sin que su administracion presente inconveniente alguno. Alláudano, pues, debemos recurrir en casos de pérdidas de sangre. Le administro en lavativas, poniendo cinco ó diez gotas en cada una, sirviéndome en estos casos de una jeringuilla de oidos de la capacidad de veinte gramos de líquido. Entonces se retiene el medicamento y es absorbido con rapidez.

Por último, las hemorragias graves persistentes que han resistido á los medios anteriormente indicados, se tratarán por el taponamiento. En estos casos empleo la pelota de aire de Gariel, pero es preciso que esté recientemente fabricada, porque si no, estalla.

La mujer conservará el reposo absoluto varios dias despues de haber cesado la hemorragia.

### Hemorragias que se verifican despues del quinto mes de embarazo y durante el parto.

La única causa bien demostrada de las hemorragias maternas que proceden del útero y que se manifiestan en estos dos períodos del estado puerperal, es el desprendimiento de la placenta.

Este desprendimiento se manifiesta: 1.º por una causa especial: la insercion de la placenta hácia el cuello; 2.º siendo normal la insercion, por diversas circunstancias, cuyo resultado es el mismo, y que por esta razon estudiaremos en un mismo capítulo.

1.º **Insercion de la placenta hácia el cuello.** — La causa más frecuente de las hemorragias es la insercion viciosa de la placenta. Se han atribuido, aunque sin razon, á Giffard y á Levret los primeros estudios de esta anomalía, correspondiendo el mérito á Portal, que se vió obligado á practicar doce veces la version para salvar á la madre en semejante circunstancia. Reconoció perfectamente que la insercion de la placenta se verificaba en el orificio ó en la proximidad del cuello; sus descripciones son muy exactas y sus procedimientos operatorios están todavía en uso.

**CAUSAS.** — Comunmente la placenta se inserta hácia la parte superior de la matriz; su presencia en la region pericervical se explica por el deslizamiento del huevo entre los pliegues de la caduca en el momento en que penetra en el útero. Es rara esta anomalía. Ramsbotham la observó 42 veces en 26.676 partos, ó sea 1 por 635. Rigby la ha encontrado en 46 casos entre 106 hemorragias observadas en todas las épocas del embarazo.

La insercion viciosa de la placenta es más frecuente en las múltiparas que en las primerizas; en 136 casos recogidos por Simpson, sólo 11 veces la encontró en estas últimas.

**DISPOSICIONES ANATÓMICAS.** — No es en manera alguna preciso que la placenta se inserte directamente sobre el cuello para que se produzcan hemorragias. Basta que esté en relacion con el segmento inferior del órgano y en un punto próximo al orificio uterino. En los primeros tiempos del embarazo la matriz se desarrolla principalmente á expensas de su parte superior. En un período más adelantado se verifica rápidamente la ampliacion á expensas del segmento inferior, que se hace ovóideo en vez de piriforme. En esta época el desarrollo de la placenta es ya completo, de manera que experimenta una extension mecánica que

destruye sus adherencias. No hay, sin embargo, exactitud cuando se dice que el cuello no obra en este sentido más que en el momento del parto. Se sabe que en muchas mujeres es permeable el cuello y se deja penetrar hasta las membranas mucho antes del término del embarazo. Esta pequeña dilatación debe determinar algunas soluciones de continuidad entre los dos órganos.

La placenta puede insertarse cerca del cuello ó cubrir enteramente su orificio uterino; pero creo imposible admitir con Lachapelle su implantación en la cavidad misma del cuello. La mucosa de esta región es muy diferente de la del cuerpo; no se exfolia, ni presta nada á la caduca.

*Mecanismo de la hemorragia.* — Durante el embarazo, y en el momento del parto, cuando el cuello se dilata, la placenta se desprende á causa de las tracciones que sufre por la extensión de las partes en que se inserta. La pared de los senos que está en contacto con las vellosidades queda adherida, y los vasos abiertos dejan escapar la sangre hasta que el órgano se retrae.

En algunos casos de inserción manifiesta de la placenta sobre el cuello se ha notado la falta de hemorragia, pero entonces estaba muerto el feto hacía algún tiempo, y Moreau explica el hecho por la disminución de la actividad circulatoria, que es su consecuencia. La muerte del feto, sin embargo, aun cuando se remonte á una época bastante lejana, no es siempre una garantía contra la hemorragia.

Se ha admitido que la rotura de las membranas al principio del parto permitía al útero rehacerse, y que la compresión directa de la cabeza del feto sobre la porción de placenta desprendida podía bastar para detener la hemorragia.

En general, en el curso del noveno mes, y sobre todo en el momento del parto, es cuando se presentan las hemorragias dependientes de esta causa; pero demasiado á menudo se las observa mucho antes de esta época. En un cuadro estadístico formado por Pajot se encuentran 19 del séptimo al octavo mes; 5 del sexto al séptimo y 3 antes de los seis meses. Yo he observado también una grave hemorragia á los cuatro meses y medio del embarazo.

La hemorragia es tanto más temible cuanto más extensas son las relaciones contraídas por la placenta con la región cervical y el término del embarazo está más lejano.

*SÍNTOMAS.* — Estas hemorragias sobrevienen, por lo común, sin prodromos, sin contracciones ni otras causas apreciables. A veces, en el estado de reposo de la mujer y hasta durante el sueño, sale la sangre en cantidad más ó menos considerable. Pronto se detiene la hemorragia para recidivar más tarde con más abundancia y persistencia.

Puede suceder que continúe el flujo sin interrupción, y que siendo primero en corta cantidad, aumente bruscamente de un

modo periódico. Este aumento de hemorragia depende de desprendimientos sucesivos de la placenta.

La repetición de estos fenómenos da lugar pronto á los síntomas generales de las grandes hemorragias.

Durante el parto, la union de la placenta con la circunferencia del cuello y el segmento inferior del útero es un obstáculo para la dilatacion. Este obstáculo prolonga necesariamente la duracion del parto y aumenta los peligros para la madre. La expulsion espontánea se hace entonces más difícil, y en los casos de insercion central podría sucumbir la mujer de hemorragia antes de terminarse el parto, si el arte no viniera en su ayuda. Se ha visto, es cierto, pasar el feto á traves de una rasgadura central; pero la resistencia de la membrana luminosa, que forma la armadura de la placenta, es un obstáculo bastante fuerte para poder contar con esta terminacion.

Más frecuente es que la insercion sea algo excéntrica, que un punto de su circunferencia pierda sus relaciones, y que las membranas se encajen formando una bolsita que concurre de un modo bastante activo al desprendimiento de lo restante.

Por último, despues de rotas las membranas, y á consecuencia de contracciones enérgicas, la cabeza fetal, apoyada sobre la placenta, desprende este órgano, siendo expulsado inmediatamente, y á veces algunas horas antes que el feto. Simpson ha reunido 141 casos en que el alumbramiento se ha verificado de esta manera. El tiempo trascurrido entre la salida de la placenta y el nacimiento, ha variado entre algunos minutos y diez y ocho horas.

**DIAGNÓSTICO.**— El diagnóstico de la insercion de la placenta cerca del cuello es fácil en general. El modo de presentarse la hemorragia, sus recidivas y la época en que se manifiesta el accidente, permiten ya, á falta de otras circunstancias, reconocer el verdadero estado de la cuestion. Hacia el fin del embarazo y durante el parto da nuevos signos el tacto vaginal. Se percibe en el fondo del cuello una sustancia de consistencia blanda, mamelonada, oculta algunas veces por un coágulo, y que no puede confundirse con ninguna de las partes fetales. Igualmente sería difícil pensar en una alteracion cancerosa de la matriz, porque, aparte de los antecedentes que casi sin excepcion tiene esta enfermedad, el cuello es invadido primero por su parte inferior.

La exploracion digital aumenta la hemorragia. Si el cuello está bastante permeable para que pueda explorarse su orificio interno, se nota que el dedo se encuentra detenido por las adherencias placentarias. Cazeaux creía que cuando la insercion se verifica en el segmento inferior, dejando libre una parte del cuello, se reconoce que las membranas tienen un grueso triple ó cuádruple del que habitualmente se observa. Esta opinion es completamente inexacta. Que la placenta se inserte en el fondo ó en el cuello, las membranas tienen absolutamente el mismo



grueso, sin que haya ninguna razon anatómica ni fisiológica para que suceda de otro modo. Añadiré que, aun cuando existiera este engrosamiento, sería completamente imposible reconocerlo por el simple contacto del dedo. Para apreciar el grueso de una membrana no basta, de ningun modo, tocar una de sus superficies.

Cuando la placenta se inserta directamente sobre el cuello no se forma la bolsa de las aguas, y esta falta constituye un elemento de diagnóstico. Se nota además que el flujo se verifica principalmente en el momento de la contraccion, porque entonces vienen á aumentar la hemorragia nuevos desprendimientos de la placenta. Durante el embarazo no se percibe el movimiento de peloteo, porque el feto cae sobre la masa placentaria, que amortigua la sensacion del choque de retorno.

Veremos en seguida que las hemorragias puerperales pueden ser externas ó internas; es decir, que la sangre es expulsada al exterior ó que distiende la cavidad uterina. Es muy raro que la pérdida sanguínea, determinada por la insercion anormal de la placenta, sea interna, á menos que no se haya aplicado el tapon para remediarla.

**PRONÓSTICO.** — Todos los autores están conformes en reconocer que la insercion de la placenta cerca del cuello es uno de los accidentes más graves del embarazo. Churchill, en su tratado de partos, ha reunido 174 casos de esta anomalía, de los cuales sucumbieron 48 mujeres, lo que da la proporcion de 1 por 3 próximamente. Simpson, en un cuadro muy bien hecho, refiere 654 casos, comprendiendo 180 defunciones, ó sea 1 por 3,6. Estas cifras no necesitan comentarios.

Es evidente, sin embargo, que el peligro no es el mismo en todos los casos. Es tanto más grave cuanto más lejana del fin del embarazo está la época en que empieza la hemorragia. Una mujer extenuada durante la preñez por flujos sucesivos resistirá menos las consecuencias del parto que cuando la hemorragia se manifiesta sólo en el momento de la expulsion. La hemorragia es la que mata principalmente. La gravedad del pronóstico será, pues, proporcionada á su intensidad. Bajo este punto de vista, la insercion central es infinitamente más grave que la que se verifica en las márgenes del cuello.

Es inadmisibile, como se ha dicho, que una porcion desprendida pueda volver á adquirir adherencias. Admitir semejante hipótesis, es desconocer la naturaleza de las conexiones placentarias. Tampoco se debe contar con la presencia de un coágulo, aunque sea fibrinoso, para restañar la sangre. Creo que el arrugamiento y obliteracion del vaso dividido es el procedimiento ordinario que la naturaleza emplea.

Despues de expulsado el feto, si la mujer no está muy aniquilada, puede haber alguna esperanza de salvarla, porque la retraccion del útero pone generalmente fin á la hemorragia. Sin

embargo, es preciso no olvidar que la contractilidad de la region inferior es menor que la que se observa en el fondo del órgano. Esta diferencia se explica por la disposicion de los planos musculares del útero. La capa media, destinada especialmente á estrechar con sus anillos los vasos uterinos, disminuye de grueso hácia el segmento inferior del órgano, y falta por completo en el cuello. Esta disposicion explica, en ciertos casos, la persistencia de la hemorragia despues del alumbramiento.

El pronóstico es igualmente muy grave para el feto, porque su muerte ocurre con demasiada frecuencia en casos de esta naturaleza. Sobre este asunto, las estadísticas son mucho menos completas que tratándose de la madre. Simpson no da más que un resultado parcial, que comprende 106 casos, relativos únicamente á hechos de expulsion de la placenta por delante del feto. La proporcion es desastrosa : 73 muertos por 33 vivos, ó sea 69 por 100. Haré notar que no pueden considerarse estos resultados como representantes de un término medio general. Aquí se trata de casos especialmente desgraciados, porque la muerte del feto es inevitable cuando transcurre algun tiempo entre la expulsion de la placenta y el nacimiento.

Cuando la placenta se inserta sobre el cuello, se atribuye la muerte del feto á una asfixia, porque la rotura de las adherencias utero-placentarias aísla las dos circulaciones. Podrá ser esto verdad en ciertos límites, aun cuando es raro que la extension del desprendimiento justifique esta teoría.

Indicaré otra causa de muerte, que creo mucho más comun, y que hasta ahora ha pasado desapercibida para los autores : es la hemorragia.

En el alumbramiento ordinario el útero disminuye de extension, la placenta se rehace algo, se arruga, y por último, se separa de su base de implantacion, que continúa retrayéndose. Sus elementos propios no experimentan lesion alguna.

En los casos de insercion sobre el cuello se verifica el desprendimiento por un mecanismo diametralmente opuesto. La parte en que se inserta el órgano aumenta de extension. Los cotiledones siguen este movimiento, sufriendo naturalmente una separacion progresiva, y despues, cuando la distension es demasiado considerable, se separa del todo. Basta haber estudiado algo la estructura de esta masa tan poco resistente para conocer que las tracciones más ligeras en el sentido de la separacion son suficientes para determinar la rotura de los vasos enredados que animan sus vellosidades.

Es fácil que este accidente se produzca en las circunstancias que estudiamos. La sangre de los senos maternos suministra casi en totalidad la sangre de la hemorragia ; esto no es, en manera alguna, dudoso, pero la lesion repetida, si bien muy limitada, de los elementos placentarios, debe tener una influencia muy desfavorable en la vitalidad del feto. Así se observa con mucha fre-

cuencia de su muerte, en una época lejana á veces del momento del parto, sin que ninguna otra causa pueda explicarla.

TRATAMIENTO. — Durante el embarazo es casi imposible cohibir la hemorragia cuando depende de la insercion de la placenta cerca del cuello. El accidente se verifica por la ampliacion de la matriz; no hay nada que impida este fenómeno, y los medios llamados paliativos no pueden hacer que un vaso dividido no dé sangre; por lo tanto, si se detiene la hemorragia, es espontáneamente. El reposo absoluto, que tan buen resultado da en las hemorragias comunes, tiene aquí mucha menos eficacia, porque no puede precaver la vuelta del accidente, puesto que sobreviene á veces mientras la mujer duerme. Sin embargo, desde luego se aconsejará el decúbito horizontal, porque la marcha y el ejercicio podrían aumentar el flujo.

Pueden emplearse los enemas opiados y las inyecciones astringentes, de que hemos hablado más arriba, pero no esperemos mucho de su eficacia. Las sangrías no tendrían otro resultado que debilitar inútilmente á la mujer. El empleo del frío sería, por lo menos, inútil, y el cornezuelo de centeno debe rigurosamente rechazarse, porque la inmovilidad del órgano es lo que debemos buscar, y el cornezuelo despierta sus contracciones.

Si la gravedad del flujo pusiera en peligro los días de la enferma, se recurriría al taponamiento. Es cierto que este socorro puede hacer interna la hemorragia; pero esta complicacion es sumamente rara, y, por otra parte, podemos vigilar con cuidado el desarrollo del vientre. El tapon puede determinar la formacion de coágulos obturadores, que contendrían la hemorragia hasta que un nuevo desprendimiento la produjera. Prefiero emplear con este objeto la pelota de aire de Gariel, porque es más fácil su aplicacion, y la mujer la soporta mejor que los lechinos de hilas. Se ha dicho que el tapon, irritando el útero por su contacto, puede despertar sus contracciones y determinar el parto prematuro. No es muy de temer este resultado, aunque posible. Schœller, de Berlin, ha querido emplear este procedimiento para provocar el parto prematuro, pero la lentitud de su accion le ha demostrado su ineficacia. Al cabo de varios días (en un caso á los 17) fué cuando se manifestaron las contracciones. Stolt creía que el tapon es impotente para determinar las contracciones cuando no ha empezado el parto.

En fin, si el tapon no pudiera suspender el flujo más que momentáneamente, nos veríamos obligados á recurrir al parto provocado, sobre todo si se trataba de un embarazo próximo á su término.

Comunmente estas hemorragias, aunque repetidas con frecuencia, no interrumpen la gestacion, sino que, en el momento del parto, es cuando principalmente surge el peligro y adquiere graves proporciones. La mujer puede sucumbir antes de la expulsion del feto, y el profesor es responsable ante la familia, si no ha te-

nido cuidado de advertir el peligro de la situacion. En semejantes casos es prudente reclamar la asistencia de un compañero.

El precepto general consiste en terminar el parto con toda la rapidez posible, porque despues del alumbramiento es de esperar que se detenga la hemorragia.

Si el flujo es moderado, es preciso vigilar con atencion y estar dispuesto para obrar tan pronto como sea evidente el peligro. En semejante caso es cuando se necesita decision y energía. El examen de la situacion ha permitido al profesor elegir el procedimiento que parezca más conveniente; luego que ha llegado el instante es preciso obrar sin vacilar y sin tardanza. La contemporizacion, que con frecuencia es sólo la transacion con el miedo, debe echarse á un lado, porque puede costar la vida á la madre y al niño.

En todos los casos, puede aplicarse al principio el taponamiento: éste es el parecer de Cazeaux. De esta manera se podrá moderar hasta cierto punto la hemorragia. Cuando la dilatacion está algo avanzada y aumenta el flujo, es preciso romper las membranas, pudiendo esperar que la cabeza del feto, al apoyarse directamente sobre la placenta, ejerza en los vasos la suficiente compresion para cohibir la hemorragia. Tal es la opinion y la práctica de P. Dubois.

Si la insercion es algo excéntrica, se atacan directamente las membranas; si fuera central, falta por completo la bolsa de las aguas, y entonces se recurre al procedimiento de Gendrin, que consiste en atravesar la placenta con una sonda y evacuar así el líquido amniótico.

Esta es una operacion preliminar, porque sería una imprudencia confiar á la naturaleza la terminacion del parto.

Luego que la dilatacion es completa ó sólo suficiente, se hace la extraccion del feto. He dicho que es necesario que sea suficiente la dilatacion, porque algunos autores, ante la inminencia del peligro, no han querido esperar, y han practicado el parto forzado; es decir, la introduccion violenta de la mano á traves del orificio cervical apenas entreabierto. La estadística de Simpson, que ha consignado 21 muertos en 25 mujeres operadas de este modo, prueba lo bastante para que deba rechazarse el parto forzado.

En el momento en que se juzga practicable la extraccion del feto, puede suceder que la placenta esté todavía adherida á toda la circunferencia del orificio uterino. Algunos autores han penetrado en el útero atravesando la placenta, en vez de desprenderla en un punto de su circunferencia para el paso de la mano. Si en algunos casos ha dado esta práctica buenos resultados para la madre, no por eso es menos irracional, y no debe seguirse. Perforando de este modo la placenta se expone al feto á una muerte casi segura, porque se rompen por necesidad las grandes divisiones vasculares del órgano. Además, la rasgadura irregular da

difícilmente paso al feto, pudiendo encontrarse detenida la cabeza ó experimentar un desdoblamiento que complica el período de extraccion. Es necesario, pues, en estos casos penetrar en el útero separando la placenta en un punto de su circunferencia, y no pasando á través de ella.

Introducida la mano en la matriz, se practica la version con toda la rapidez posible. Esta operacion está más generalmente indicada que el empleo del fórceps. Para usar este instrumento es preciso que la dilatacion sea más completa, y siempre es difícil evitar que sea cogida la placenta con la cabeza al colocar las cucharas. Esta conducta es la seguida por todos los autores.

Simpson preconiza un método operatorio, conocido en Francia solo por la apreciacion de Cazeaux ; pero el juicio de este autor se ha fundado únicamente en un trabajo en cierto modo preliminar, y que ha servido de base para una Memoria muy extensa y digna de fijar la atencion.

El procedimiento de Simpson consiste en arrancar la placenta luego que se la puede coger, y aun varias horas antes de nacer la criatura.

Esta práctica no es un descubrimiento absolutamente propio del autor. Portal le ejecutó, al menos en una de las observaciones que refiere. Otro tanto ha hecho Viardel, sin darse mucha cuenta de ello ; su observacion va acompañada de un dibujo, en el cual se ve el feto en la matriz y extraída la placenta. Chapman ha dado claramente el mismo consejo. Kinder Wood ha practicado varias veces esta operacion, que reservaba para los casos en que la mujer estaba completamente aniquilada. Por último, Radfort, que ha dado á conocer las observaciones inéditas de Kinder Wood, ha extendido algo la aplicacion de este método.

A Simpson, sin embargo, es á quien corresponde el mérito de haber ensanchado el campo de la cuestion. Reuniendo un considerable número de hechos, ha dado á estos preceptos aislados ó mal desenvueltos el valor de una verdadera doctrina.

Simpson establece su principio fundado en la siguiente observacion : la hemorragia es, con frecuencia, excesivamente grave cuando no hay más que una pequeña parte de placenta desprendida, mientras que se detiene cuando está desprendida ó se la arranca por completo. Este modo de ver, que parece extraño á primera vista, está perfectamente justificado por el análisis de 141 observaciones que refiere. En casi todas se detuvo por completo el flujo ó disminuyó considerablemente luego que se extrajo la placenta, y sin que para esto fuera necesario el nacimiento de la criatura.

El peligro inmediato está en la hemorragia ; la extraccion de la placenta la suspende, y éste es el hecho principal. Examine-mos ahora sus consecuencias para la madre y el feto.

En su primer cuadro ha reunido Simpson 654 casos de insercion de la placenta cerca del cuello, habiendo sucumbido 180



mujeres, ó sea 1 por 3,6. Se desconoce la suerte que tuvieron las criaturas, y esto constituye un vacío lastimoso en este importante trabajo, porque se ignora la proporcion de la mortalidad en estas últimas. Ahora bien, sólo podrá formarse un juicio definitivo y completo acerca del valor de la doctrina de Simpson cuando sea posible apreciar los resultados que da este método, comparado con el antiguo, para la madre y el niño.

En un segundo cuadro, bastante detallado para poder comprobar las principales circunstancias del parto, refiere el autor 141 observaciones, en las cuales ha precedido la expulsion de la placenta á la del feto. El número de mujeres que ha sucumbido se eleva únicamente á 10, ó sea el 1 por 14.

Este resultado es muy notable, sobre todo cuando se le compara con el del primer cuadro, en el cual la proporcion de los fallecimientos es de 1 por 3,6. Es verdad que la mortalidad de los niños es enorme, pues en 106 cuya suerte se conoce, se cuentan 33 vivos y 73 muertos, ó sea 2 muertos por 1 vivo. Cuando hace algun tiempo que se han roto las conexiones vasculares del feto con la matriz, su muerte es inevitable. Mas, por otra parte, los procedimientos comunes dan para el niño una gran proporcion de muertes. En 23 casos correspondientes á la práctica de Lee, ha sucumbido 15 veces el niño; es decir, casi las dos terceras partes de los casos. Sería muy importante conocer la diferencia que existe en este punto, y es lo que siento que no haya consignado Simpson en su primer cuadro.

Sin embargo, son tan ventajosos los resultados respecto á la madre, que no dudo en adoptar el método de Simpson.

Las ideas de este autor levantaron en Inglaterra primero una oposicion violenta, lo que no debe sorprender, porque un descubrimiento tiene naturalmente por adversarios á aquellos que no lo han hecho. Es cierto tambien que el trabajo del autor se presta singularmente á la crítica. En él se encuentran proposiciones de fisiología muy atrevidas y errores anatómicos manifiestos. Así, cree que el origen de estas hemorragias reside en la placenta, y que la parte todavía adherente recibe las oleadas de sangre que salen por la porcion desprendida. Semejantes errores no merecen discusion. En las ideas teóricas desarrolladas por el autor no es ciertamente en las que he fundado mi conviccion, porque confieso que no me han seducido; pero cita cifras y refiere observaciones, que son para mí argumentos decisivos cuando proceden de un hombre tan importante.

Nos queda por examinar en qué límites es practicable la operacion. Simpson la preconiza: 1.º cuando el cuello del útero está rígido y no dilatado; 2.º en las primíparas; 3.º en el parto prematuro, sobre todo antes del séptimo mes; 4.º cuando el útero está demasiado contraído para permitir la version; 5.º en las estrecheces de la pelvis; 6.º cuando la mujer está extenuada por la hemorragia, y 7.º cuando el feto está muerto.

Como se ve, el nuevo método no sustituye por completo al antiguo, sino que está destinado simplemente á servirle de auxiliar, á suplir su impotencia. Sin embargo, la circunstancia de ser primípara la mujer, á falta de otra complicacion, me parece insuficiente para justificar esta maniobra, y la rigidez del cuello podrá hacerla imposible, á menos de apelar á la introduccion forzada de la mano. Más arriba hemos dicho los resultados funestos de este modo de proceder, por lo cual es preciso abstenerse de él. Es verdad que en los casos de hemorragia está generalmente muy blando el cuello y se deja dilatar con mucha más facilidad que en cualquiera otra circunstancia. En las observaciones de Rigby se ve que este autor ha recurrido con frecuencia á la dilatacion rápida del cuello con los dedos, sin que la operacion haya ido seguida de accidentes, al parecer; al menos no los menciona; por lo demas, se encuentran lastimosos vacíos en sus observaciones; entre ellos omite demasiado á menudo dar cuenta de la suerte del niño.

La placenta no puede arrancarse cuando apenas está entreabierto el orificio uterino; hay necesidad primero de separar tanto como sea posible los dos órganos, desprendiéndolos con los dedos; despues se coge la placenta con toda la mano y se la arrastra. Estas maniobras no son posibles hasta que entra toda la mano en la cavidad uterina, por lo cual es necesario que la dilatacion haya llegado á cierto grado.

En resumen, el método de Simpson puede prestar grandes servicios en estas circunstancias; pero nunca está justificado mientras la madre no corra un peligro cierto. Al principio del parto se hará el taponamiento, con el fin de esperar á que sea suficiente el grado de dilatacion del cuello. La extraccion del feto se verificará todo lo inmediatamente posible despues de la avulsion de la placenta.

En todos los casos se administrará el cornezuelo de centeno despues de la deplecion de la matriz, para activar su retractividad.

**Desprendimiento de la placenta cuando su insercion es normal.**  
—CAUSAS.—El desprendimiento de la placenta en los últimos meses del embarazo reconoce por causas principales las siguientes: una conmocion física ó moral violenta; un esfuerzo para levantar ó trasladar un objeto pesado; contracciones bastante oscuras para que apenas las sienta la madre, y, sin embargo, bastante enérgicas para producir el accidente. La hemorragia puede ser el primer síntoma que anuncie la expulsion del huevo despues de muerto el feto.

En una época en que no era bien conocida la estructura del útero, Gendrin creía ver una causa de hemorragia en la diferente direccion de las fibras que corresponden á los planos musculares interno y externo, porque al contraerse irregularmente uno de estos planos entorpecía la circulacion y determinaba la conges-

tion de los vasos y su rotura. Esta opinion no es sostenible hoy dia.

Jacquemier admite que pueden separarse bruscamente los elementos de la placenta á causa de la distension rápida del útero, como sucede en la hidropesía del amnios, pudiendo suceder entonces que se verifique la hemorragia por un mecanismo igual que cuando se inserta la placenta cerca del cuello. Esta opinion me parece muy aceptable.

Durante el parto, el desprendimiento de la placenta se verifica por efecto de las contracciones; despues de la deplecion parcial del útero, por tracciones hechas en la circunferencia de la placenta mediante las membranas, cuando el huevo intacto se encaja en la excavacion. Por último, en el período expulsivo del parto puede suceder que, siendo demasiado corto al cordon umbilical, rompa prematuramente las adherencias placentarias.

A veces algunas circunstancias, poco activas por sí mismas, vienen á unir su contingente morboso á las causas manifiestas que acabamos de indicar y contribuyen á favorecer la hemorragia. Tales son las enfermedades del corazon y de las vías respiratorias que dificultan la circulacion. En fin, hay predisposiciones especiales, cuya naturaleza íntima se nos oculta, y que se quieren explicar por especialidad de los temperamentos y constituciones.

Cazeaux ha considerado la retraccion brusca del útero como causa de hemorragia. Esta opinion es inaceptable, porque la retraccion brusca que desprende la placenta determina al mismo tiempo la obliteracion de los vasos uterinos, encontrándose por lo mismo suprimido el flujo.

Se ha discutido largamente para saber si la hemorragia que se manifiesta por una conmocion viva depende del desprendimiento primitivo de la placenta, ó si derramándose la sangre á consecuencia de la rotura de un vaso y acumulándose entre el útero y la placenta produciría el desprendimiento. Velpeau y Cazeaux aceptan la primera opinion; Dubois y Puzos participan de la segunda; yo soy del parecer de Jacquemier, que cree que una y otra pueden ser verdaderas.

**SÍNTOMAS.** — Los síntomas de estas hemorragias tienen naturalmente grandes relaciones con las que acabamos de describir. Se distinguen, sin embargo, de ellas por un carácter especial; la hemorragia, en vez de ser casi siempre externa, puede ser interna. En estas circunstancias se acumula la sangre en la cavidad uterina en cantidad considerable, aun cuando sólo se derrama al exterior una pequeña parte.

Lo más comun es que empieza la hemorragia sin síntomas precursores, y el flujo sanguíneo es el primer fenómeno que llama la atencion. No siempre sucede así; pueden preceder al accidente algunos dias de malestar, de sensacion de peso en las regiones lumbar é hipogástrica, de quebrantamiento general, y por

último, de un trastorno marcado en todo el organismo. Se ha atribuido cierta importancia al temperamento de la mujer en la forma de estos prodromos. Se ha indicado la decoloracion perceptible de los tegumentos en las linfáticas; la rubicundez de la cara y la fuerza del pulso, etc., en las pletóricas. Confieso que todo esto me parece más bien observacion de gabinete; porque es tan raro observar esta concordancia, que estoy muy dispuesto á negarle el valor que se le atribuye.

Examinaremos los síntomas de la hemorragia en sus dos manifestaciones diferentes.

*Hemorragia externa.* — La sangre sale con más ó menos abundancia, de una manera continua ó con interrupciones y con recidivas que es imposible calcular. Si el accidente no es más que el preludio de la expulsion del feto, pronto aparecen las contracciones uterinas. El líquido que se derrama sale comunmente mezclado con coágulos.

Es tan imposible prever la gravedad que tendrá una hemorragia, como predecir su duracion. Acerca de estos puntos se observan las mayores diferencias. Puede consistir el flujo en algunas gotas de sangre, ó ser tan considerable que amenace acabar en pocas horas con la vida de la mujer. Puede durar la hemorragia menos de un dia ó continuarse por mucho más tiempo. Todo depende de la extension del desprendimiento. Generalmente son raras las intermitencias en esta forma de hemorragia. Cuando ésta ha cesado completamente por varios dias, no hay que temer que reaparezca, y esto la distingue de las que resultan de la insercion de la placenta cerca del cuello, en las que la vuelta de los accidentes es casi fatal.

La hemorragia cesa sin saber exactamente por qué mecanismo. Se ha atribuido la obliteracion de los vasos á un coágulo, al aplastamiento y obliteracion del seno dividido. Es probable que la reparacion tenga lugar por ambos procedimientos. Cuando el desprendimiento de la placenta es muy extenso, es de temer la muerte del feto; pero en estos casos no siempre es inmediata su expulsion.

Durante el parto debe considerarse como accidental y hemorrágico el flujo notable de sangre, porque en las circunstancias normales no se desprende la placenta hasta despues de expulsado el feto. Sin embargo, cuando las adherencias útero-placentarias son débiles, puede ocurrir un desprendimiento en el acto de deramarse las aguas por la retraccion del órgano, que se verifica en este momento. Pero esta hemorragia sólo es temible cuando se presenta al mismo tiempo la inercia uterina, porque las nuevas contracciones detienen el flujo sanguíneo.

Durante el parto, y despues de rota la bolsa, cuando están separadas las contracciones por intervalos de inercia, adquiere la hemorragia la forma intermitente, y la manera de salir la sangre al exterior está subordinada á la presentacion del feto. En las de

vértice, la contraccion aplica la cabeza del feto al segmento inferior del útero con bastante intimidad para impedir la salida de sangre. Es, pues, en el intervalo de las contracciones cuando se derrama al exterior. En las presentaciones de nalgas ó de hombros, las hendiduras ó intersticios que existen entre los elementos del feto, forman especies de canales que dejan salir la sangre. En este caso, durante la retraccion, la sangre es expulsada del útero.

Cuando el desprendimiento depende de las tracciones que las membranas intactas ejercen sobre la circunferencia placentaria, se manifiesta la hemorragia como en las presentaciones de vértice; es decir, en el intervalo de las contracciones.

Cuando es muy grave la hemorragia, á los síntomas locales vienen á unirse los generales, que no describiremos nuevamente.

*Hemorragia interna.* — Cuando es poco abundante pasa desapercibida. En una forma más grave puede estar la sangre retenida por completo en el interior de la cavidad de la matriz y no derramarse una sola gota hácia fuera. Pero esto es raro, siendo por lo comun, mixta la hemorragia, y constituyendo, muy á menudo, el síntoma aparente que guía al observador. Si se presentan los fenómenos generales de las grandes hemorragias, aun cuando sólo haya un pequeño flujo sanguíneo por las partes genitales, debe fijarse inmediatamente la atencion en la posibilidad de una hemorragia interna. Existen dolores sordos y profundos, sin remitencias, el vientre adquiere un rápido y considerable desarrollo, estando el globo uterino más consistente y duro.

Pero necesario es reconocer que estos síntomas sólo tienen un valor relativo, y cuando se manifiestan en ausencia del profesor, éste no puede siempre apreciar rigurosamente su significado. Es casi imposible reconocer en una mujer muy gruesa el aumento de volumen del vientre y el grado de tension del útero.

Se ha dicho que algunas veces presenta el útero una forma muy irregular, y que parece dividido en dos partes, una de las cuales está ocupada por el huevo y la otra por la sangre acumulada. Si esta particularidad se ha observado alguna vez, lo cual dudo, debe haber sido en mujeres sumamente flacas; y tampoco en éstas, porque la sangre, desprendiendo las membranas, se derrama, no en un punto limitado, sino de un modo difuso, que impide, por lo tanto, formarse un tumor especial y distinto del huevo.

Al recorrer las colecciones de casos, se ve á los más experimentados maestros desconocer la causa de la muerte en mujeres atacadas de hemorragias internas, que no se revelaron al exterior por signo alguno aparente. Basta citar los nombres de Baude-locque, Merriman, Ingleby, etc., para que se pueda disculpar á un práctico por haber desconocido un accidente que ha engañado su experiencia.

Se atribuye la falta de hemorragia, durante el embarazo, á la



formacion de coágulos, que se van acumulando lentamente en el segmento inferior del órgano, y que se oponen á la salida de la sangre. Hay en la ciencia tres hechos: uno de Laforterie, otro de Saumarc, y el tercero de Thomas (de Baltimore), que prueban que un derrame mortal puede hallarse circunscrito entre la placenta y el útero. Sólo un pequeño flujo de sangre había salido por la vulva, y en la autopsia se encontró adherida la placenta por su circunferencia; toda la demas estaba desprendida y transformada en una especie de bolsa que contenía una gran cantidad de sangre. Aun admitiendo que sean exactos estos hechos excepcionales, debemos colocarlos fuera de las probabilidades.

Velpeau admite con dificultad que pueda verificarse una hemorragia interna grave cuando está todavía el huevo intacto. Le parece más natural que la sangre, al desprender las membranas, se fragüe un camino hácia el exterior más bien que distender el útero, mal preparado para este brusco aumento de volumen. Cree que pueden algunas veces romperse las membranas y pasar la sangre entonces á la cavidad amniótica. No hay ejemplo ninguno de esta forma de hemorragia, mientras que las observaciones de flujo interno que han determinado la muerte son bastante numerosas para que deba admitirse su realidad.

La hemorragia interna puede reconocer por causa la rotura de los vasos que pertenecen al feto. Al hablar de las hemorragias fetales, examinaremos estos accidentes.

Que sea interna ó mixta la hemorragia, si es bastante abundante para comprometer los días de la mujer, á los síntomas locales se unen los generales de las grandes hemorragias.

**DIAGNÓSTICO.** — Es importante para el tratamiento hacer un diagnóstico exacto de la causa y forma de la hemorragia.

El diagnóstico, cuando es externa, no presenta dificultad alguna. Hemos hablado de los fenómenos que caracterizan la insercion de la placenta cerca del cuello; á esta descripcion, pues, nos referiremos para hacer el diagnóstico diferencial. Al principio puede haber duda antes que el cuello sea permeable, pero la observacion posterior permite comprobar la ausencia de recidivas, que nunca faltan cuando se inserta cerca del cuello.

Queda por aclarar un punto, y es la posibilidad de haber comenzado el parto, ocasionado prematuramente por la muerte del feto. La auscultacion y la aparicion de contracciones completan pronto el diagnóstico.

Durante el parto, si depende la hemorragia del desprendimiento de la placenta por la traccion que ejercen sobre su circunferencia las membranas intactas, se la reconoce en que despues de dilatado completamente el cuello se encaja el huevo íntegro en la excavacion. Despues de rotas las membranas puede determinar el mismo resultado la brevedad del cordon. Examinaremos particularmente este punto en el capítulo de la distocia determinada por los anejos del feto.

El diagnóstico de la hemorragia interna es sumamente difícil cuando ninguna sangre sale al exterior ni los síntomas generales llaman la atención. Es verdad, que es muy raro que falten estos caracteres; pero si así sucede, puede engañarse el práctico más hábil y experimentado.

Los síncope y la debilidad del pulso pueden sobrevenir en los últimos tiempos del embarazo por causas que no tienen relación alguna con la hemorragia.

Queda el desarrollo rápido del vientre, que se ha indicado como característico. Esta es una teoría que la práctica desmiente á cada paso, y encuentro la prueba en los autores que la han emitido. Si al aumento y disminución del volumen del útero fuera tan fácil de apreciar, cuando se rompen las membranas y se derrama el líquido amniótico en ausencia del comadron, le bastaría á éste para conocer la rotura examinar el volumen del vientre de la mujer. Ahora bien: este signo es de tal manera ilusorio, que los autores á que me refiero no lo señalan tampoco, extendiéndose largamente acerca del modo de reconocer por el tacto la existencia de las membranas, cosa que por lo demás no siempre es fácil. Además, la cantidad de líquido amniótico vertida es tan considerable como la sangre derramada en una hemorragia interna muy grave. La verdad es, que en uno y otro caso el aumento ó disminución del volumen del vientre es un carácter que generalmente no llama la atención y que es sumamente difícil apreciarlo. Indicaré, para evitarlas, dos causas de error: la timpanitis, que la percusión hace evidente, y la repleción de la vejiga, que forma un tumor cuya naturaleza es fácil conocer palpando el abdomen.

Todavía puede ser más difícil el diagnóstico si coinciden las dos formas de la hemorragia. Al exterior ha fluido una cantidad bastante grande de sangre para justificar los síntomas generales que presenta la enferma, y sobre este asunto claro está que cada mujer presentará un grado de resitencia vital muy diferente. Detenida la hemorragia externa, continúa la interna aniquilando á la mujer: ¿cómo reconocer esta complicación? Dejo á los teóricos el cuidado de resolver el problema, porque lo considero insoluble para el práctico. Durante el parto es cuando puede temerse este accidente, porque en el embarazo es muy corto el número de hemorragias internas que se han manifestado.

TRATAMIENTO. — La terapéutica de las hemorragias se ha sobrecargado de una multitud de medios insignificantes que dan por resultado olvidar los que tienen una eficacia real. Sólo me ocuparé de estos últimos.

Las indicaciones generales consisten en colocar á la mujer en posición horizontal y hacer que conserve el reposo absoluto. Se mantendrá la habitación á una temperatura más bien baja que elevada, sin olvidar la ventilación. Rigby insiste mucho en este precepto.

Se vaciarán la vejiga y el recto. La mujer permanecerá en cama por algunos dias despues de haber cesado los accidentes, á fin de precaver su repetición.

Los medios especiales varían segun la naturaleza é intensidad de la hemorragia.

*Hemorragia externa ligera.* — Se ha preconizado la sangría, que se rechaza con razon en los casos graves ; pero como nada hay que indique que una hemorragia ligera al principio no será luego más grave, es prudente abstenerse de ella.

El láudano en enemas, como hemos indicado más arriba, es el medio más eficaz que puede emplearse. A este medicamento es al que se debe recurrir desde luego, pudiendo unírsele tambien las inyecciones vaginales con una disolucion de alumbre, hechas con mucha suavidad para no diluir los coágulos que pudieran formarse.

*Hemorragia externa grave antes del parto.* — Se apelará á los medios que acabamos de indicar, insistiendo con más energía en su empleo. Duncan Stewart, que consideraba al opio casi como un específico, lo administraba con una profusion que asusta; daba el láudano hasta la dosis de cinco gramos y aun más. Esto es traspasar, con mucho, los límites de la prudencia, por lo que prefiero las dosis pequeñas repetidas, que pueden suspenderse cuando los efectos fisiológicos determinados por el medicamento señalan el límite que es necesario no traspasar.

Ya he dicho, con respecto á las aplicaciones frias, los inconvenientes que presentan.

Como ayudantes se echarán mano de los revulsivos, aplicando ventosas y sinapismos en las partes superiores del tronco.

En caso de no dar resultado, aconseja Dubois administrar el cornezuelo de centeno en cantidad de dos gramos en el espacio de media hora.

Si fallan estos diversos medios, se recurrirá al taponamiento de la vagina, teniendo cuidado de quitar primero todos los coágulos que se hubieran acumulado en su cavidad. Este medio tiene el inconveniente de convertir la hemorragia externa en interna, y á pesar de la mayor atencion posible, ya he dicho cuán difícil sería apreciar el volumen del útero, que se ha considerado como uno de los síntomas más importantes de este accidente.

La compresion por medio de una faja ancha y de compresas graduadas aplicadas en las regiones iliacas sería un buen auxiliar del taponamiento, además de tener una accion especial sin este último. Velpeau la considera como un precioso recurso, y cita numerosos autores que han obtenido de ella excelentes resultados.

Es, pues, un medio que no se debe olvidar, tanto más, cuanto que no impide el empleo de otros agentes.

Queda, finalmente, el último recurso para los casos en que no bastaran los medios anteriores, cual es la rotura de las membra-

nas. A pesar de los inconvenientes que de esto resultan para el feto, sobre todo cuando no es de tiempo, prefieren muchos autores apelar á él más bien que al taponamiento.

Puzos es el primero que ha dado el precepto de romper las membranas, combinada esta maniobra con la dilatacion progresiva del cuello uterino mediante los dedos, sin penetrar la mano en la cavidad uterina; porque Puzos, que conocía todos los peligros del parto forzado, había comprendido perfectamente que la retraccion de la matriz y la obliteracion de los vasos abiertos eran el resultado de la salida del líquido amniótico.

En la actualidad se contentan los prácticos con romper las membranas, sin que sea absolutamente necesario esperar á que esté formada la bolsa, y sin apresurar la dilatacion del cuello mediante los dedos. Si se debilitaran ó suspendieran momentáneamente las contracciones, como sucede algunas veces en el acto de romperse las membranas, se recurrirá al cornezuelo de centeno administrado á pequeñas dosis.

Siempre es necesario abstenerse de los opiados cuando nos proponemos abreviar todo lo posible la terminacion del parto, porque el opio daría por resultado entorpecer ó suspenderlo por completo, paralizando las contracciones.

Si á pesar de esto continúa la hemorragia, sería preciso hacer la extraccion del feto tan luego como el estado del cuello permitiera la introduccion de la mano ó del forceps, sin violencia.

A pesar de la oposicion de Hamilton, Duncan, Stewart y de algunos otros autores, debe considerarse la perforacion de las membranas como un medio muy eficaz. Rigby, Merriman, P. Dubois, y la mayor parte de los modernos le conceden una justa confianza; sin embargo, sólo debe emplearse en casos de verdadera necesidad. Es verdaderamente un progreso considerable sobre el método imaginado por Luisa Bourgeois y desarrollado por Guillemeau, que consiste en penetrar á la fuerza en el útero y practicar el parto forzado.

*Hemorragia interna.* — La conducta que conviene seguir en la hemorragia interna en nada difiere de la que acabamos de exponer, porque la indicacion esencial consiste en vaciar el útero lo más pronto posible, ya sea parcialmente por la rotura de las membranas, ó ya en totalidad por la extraccion del feto.

*Hemorragia durante el parto.* — Si dependiera la hemorragia del desprendimiento de la placenta, determinado por el encaje del huevo intacto en la excavacion despues de dilatado el cuello, se romperían las membranas. Mauriceau, que ha sido el primero en señalar esta causa de hemorragia, ha aconsejado juiciosamente su remedio. Más tarde veremos (distocia fetal) lo que conviene hacer cuando el desprendimiento de la placenta depende de la brevedad del cordon.

La hemorragia grave durante el parto exige el tratamiento que hemos expuesto para remediar este accidente en los últimos

tiempos del embarazo, á saber : la deplecion del útero. Pero en este caso hay necesidad tambien de abstenerse de emplear los opiados, que paralizarían el esfuerzo uterino.

Está, por el contrario, indicado el cornezuelo de centeno cuando se desea únicamente reanimar las contracciones ; las dosis deben ser pequeñas y repetidas. Se podrá administrar á dosis más altas cuando el cuello esté dilatado, la presentacion sea favorable y ningun obstáculo se oponga á la expulsion del feto.

En resumen, la terapéutica de las hemorragias comprende dos indicaciones fundamentales muy diferentes.

Cuando la hemorragia es ligera y puede suspenderse antes del parto : reposo y láudano.

En las hemorragias tan graves que llegan á comprometer la existencia de la madre durante el embarazo y el parto : excitar las contracciones, vaciar el útero.

### Hemorragias del alumbramiento.

La expulsion del feto y el desprendimiento de la placenta son dos actos distintos que á menudo se verifican simultáneamente. En el período expulsivo, despues que sale el líquido amniótico, se retrae la matriz, amoldándose sobre el producto de la concepcion. Por lo comun es entonces cuando la placenta empieza á desprenderse de sus inserciones ; pero la contraccion que determina este fenómeno cierra al mismo tiempo las fuentes de la hemorragia. A veces, sin embargo, hasta despues de la expulsion completa, la retraccion uterina no es bastante extensa para romper las adherencias utero-placentarias. En estos casos el nacimiento del niño va simplemente acompañado del resto del líquido, y el flujo de sangre es casi nulo. Este es un carácter importante respecto á la oportunidad del alumbramiento.

En circunstancias normales, la retraccion uterina y el desprendimiento placentario marchan simultáneamente, siendo poco considerable la cantidad de sangre que fluye. Pero si este equilibrio de accion se rompe, se entra en el dominio de la patología y se observan las hemorragias del parto y del alumbramiento, que con frecuencia se confunden, ó por lo menos se verifican por un mecanismo igual. Acabamos de estudiar las primeras, y por lo tanto, sólo nos ocuparemos ahora de las que se verifican en el alumbramiento.

CAUSAS. — La causa esencial de la hemorragia que se presenta en el acto del alumbramiento es la inercia uterina, siendo necesario para que se manifieste el flujo, que la placenta esté parcial ó completamente desprendida. Cuando conserva sus adherencias intactas no sale la sangre, y entonces puede sin inconveniente prolongarse la inercia. Esta puede ser primitiva cuando sigue inmediatamente á la expulsion del feto, ó secundaria cuando la retraccion normal se ha verificado y el alumbramiento es com-



pleto, en cuyo caso el globo uterino retraído, que formaba en el hipogastrio un tumor duro y resistente, se relaja, se pone blando y cae en la inercia al cabo de algunos minutos ó de algunas horas. Inmediatamente los orificios vasculares, que sólo estaban obliterados por la contraccion de las fibras de la capa media del útero, dejan pasar la sangre y se ven aparecer los síntomas de las hemorragias graves, ya internas, ya externas.

Alrededor de esta causa esencial de inercia se agrupan otras secundarias que obran para producirla; á saber: 1.º la distension extrema de la matriz por la hidropesía del amnios ó una preñez múltiple: en estas circunstancias el órgano está mal dispuesto para una retraccion enérgica, y á menudo se presenta la inercia despues de su deplecion; 2.º el parto prolongado que ha aniquilado á la enferma, ó la fatiga de la matriz á causa de contracciones violentas y repetidas para vencer una resistencia pertinaz; 3.º la existencia de hemorragias en los partos anteriores. Dificil es explicar esta mala disposicion; pero debe tenerse muy en cuenta en la práctica, porque no hay comadron envejecido en el arte que no haya comprobado su realidad.

A Velpeau le cuesta trabajo admitir que la inercia sea la causa verdadera de las hemorragias del alumbramiento, hallándose más inclinado á creer que este accidente depende de una fluxion de sangre hácia el útero, que tiene su asiento en los vasos hipogástricos en el momento que dejan de estar comprimidos. Si esta causa fuera cierta, la hemorragia sería todavía más frecuente, porque el mecanismo de la compresion es casi igual en todos los partos. La teoría de la inercia no es sólo más aceptable, sino que está mejor demostrada.

Se ha querido atribuir cierta importancia á los temperamentos sanguíneo, linfático y nervioso en la produccion de la inercia; pero es una de tantas trivialidades que se ponen á la cabeza de todos los padecimientos, y cuya realidad está completamente por demostrar.

Se ha admitido tambien una inercia parcial que comprendería ciertos puntos del órgano, mientras que los otros estarían en estado de contractilidad. Esta disposicion, aunque rara, no por eso es menos cierta. Se ha visto algunas veces acumularse la sangre en la cavidad uterina y distenderla, mientras que la retraccion del segmento inferior impedía á este líquido salir afuera. Esto es lo que constituye la hemorragia interna, que es una forma grave de estos accidentes. Sin embargo, el acúmulo de sangre se debe más bien á la presencia de coágulos obturadores en contacto con el cuello, que á la energía de las contracciones de esta region; porque generalmente el orificio uterino sólo opone una débil resistencia á la introduccion de la mano que ha de limpiar el órgano de los coágulos que contiene.

Las contracciones irregulares que determinan el encarcelamiento de la placenta no dan lugar comunmente á hemorragias,

porque la retractilidad exagerada que caracteriza este accidente se ejerce, sobre todo, en el punto de insercion de la placenta.

Se ha indicado la rapidez del parto como una causa de inercia. Creo que se necesitan hechos bien observados para admitir su realidad. Hemos visto que el puerperio es tanto más feliz cuanto más rápido es el parto. Los que han durado sólo una hora dan la proporcion de 1 muerta por 322 casos; mientras que se ha elevado la mortalidad á 1 por 80 cuando el parto está comprendido entre siete y doce horas. Como su curso es por lo regular creciente y proporcionado á la duracion del tiempo, creo difícil admitir que la rapidez del parto sea el origen de un peligro tan grave como es la hemorragia.

Cuando el útero está inerte, las tracciones del cordon, hechas con energía, pueden desprender prematuramente la placenta. Por último una emocion viva paraliza á veces la contractilidad del órgano, como hemos visto que sucede durante el parto.

**SINTOMAS Y DIAGNÓSTICO.** — La frecuencia de las hemorragias en el acto del alumbramiento impone al práctico el riguroso deber de examinar atentamente, por medio de la palpacion, el estado del útero tan luego como nace el feto, y repetir varias veces esta exploracion despues de expulsada la placenta y hasta el momento en que se encomienda la parida al cuidado de los asistentes. Aumenta esta necesidad cuando los antecedentes de la enferma ó las circunstancias del parto hacen temer la hemorragia.

Despues del parto el útero forma un tumor globuloso, duro y bien circunscrito en la region hipogástrica. Si en vez de este tumor resistente el órgano está flácido, blando, depresible y mal limitado, se encuentra en estado de inercia. Este es el único signo precursor que indica la inminencia de la hemorragia. Preciso es ponerse en guardia y devolver al órgano su contractilidad, porque á veces empieza el accidente con una rapidez y una intensidad terribles, pudiendo comprometer en algunos minutos la vida de la mujer. Cuando se presentan horripilaciones y escalofríos, éstos no son prodromos, sino síntomas; la hemorragia se está verificando.

La hemorragia es comunmente mixta, saliendo al exterior la sangre y acumulándose al mismo tiempo en la matriz. A veces, sin embargo, el órgano se distiende y la sangre se derrama en pequeña cantidad por la vulva. Ya he dicho cuán difícil era apreciar durante el embarazo el aumento de volumen del útero, producido por una hemorragia interna. No sucede lo mismo despues del parto, porque los diámetros del órgano están considerablemente reducidos, y es mucho más fácil conocer la brusca modificacion que le hace experimentar la hemorragia, sobre todo cuando inmediatamente despues del nacimiento se ha comprobado la altura á que se elevaba la matriz retraida, pues con un poco de atencion se aprecia si se ha dejado distender por un derrame.

Las hemorragias fulminantes se manifiestan rara vez al mismo tiempo que la expulsion del feto. La matriz se retrae inmediatamente despues del nacimiento con poca energía, pero, sin embargo, con fuerza bastante para desprender la placenta; despues sobreviene la inercia, y por las bocas de los senos abiertos salen oleadas de sangre que calan la cama y matan rápidamente á la mujer, si no se obra con vigor y prontitud.

Felizmente, no siempre el fenómeno adquiere tan alta gravedad, y la cantidad de sangre que se derrama presenta todos los grados, desde el límite fisiológico hasta la muerte, tan variables como los de la inercia uterina.

Cuando es externa la hemorragia, la misma mujer advierte al práctico la existencia del fenómeno, porque se siente inundada por un líquido templado. Algunas veces, al producirse una contraccion, sale hasta con ruido la oleada, constituida por el contenido del útero (líquido y coágulos), que es bruscamente expulsado.

Si la hemorragia es completamente interna, el peligro es más grave, porque la enferma no tiene conciencia de ella, y atribuye al parto los escalofríos, los bostezos, las pandiculaciones, las angustias y la sensacion de frio que experimenta; y si el práctico descuidado no ha vigilado como debe el estado de la matriz, sólo en el momento que sobreviene el síncope es cuando se percibe de toda la gravedad de la situacion.

En este caso el útero ha adquirido ya un desarrollo considerable, y esta distension favorece tambien la persistencia de la hemorragia. Cuando el arte es impotente para conjurar el peligro, se repiten los síncope, se presentan fenómenos convulsivos y la mujer sucumbe exangüe, ya inmediatamente, ya algunas horas despues. El síncope en estas desfavorables circunstancias es un indicio grave, pero tiene al menos la ventaja de cohibir la hemorragia, pudiéndose aprovechar esta suspension para llenar las indicaciones más urgentes.

Cuando el volumen del útero indica probabilidad de una hemorragia interna, deben introducirse los dedos hasta el cuello y examinar su estado de retractilidad, y en él se encontrarán coágulos que distenderán igualmente la vagina. El estado del pulso y el examen de los síntomas generales que presenta la mujer permitirán apreciar la gravedad de la situacion.

A veces sucede que pasa desapercibida una hemorragia interna cuando es pequeña, en cuyo caso permanecen los coágulos en el útero sin ocasionar fenómenos especiales, hasta que despues de algunos dias son expulsados por las contracciones. Estos coágulos tienen entonces un olor infecto.

No son de esperar las hemorragias graves pasados los primeros dias; las que se verifican en el puerperio se deben á otra causa muy distinta, y que estudiaremos en seguida.

Algunas veces tiene la hemorragia otros orígenes que la cá-

vidad uterina ; así puede ocasionarla la rotura de un trombus ; pero entonces, despues de haber comprobado el estado de retractilidad del órgano, se dirigirá la atencion sobre los demas orígenes posibles de la hemorragia, y fácil será descubrir su procedencia.

Evitaremos equivocar la vejiga llena con el útero distendido, y recordaremos que la distension del reservorio urinario rechaza la matriz hácia arriba, por lo cual se encuentra más elevado el fondo de ésta.

Los síncopees que sobrevienen en este período del parto no dependen siempre de un hemorragia ; pero en presencia de aquel accidente es necesario explorar con cuidado el útero y asegurarse de que no existe hemorragia interna.

CURSO Y TERMINACION. — Las hemorragias del alumbramiento constituyen accidentes sumamente graves á causa de su rápida evolucion, pues colocan á la mujer en el mayor peligro antes que haya tiempo de socorrerla. A veces, sin embargo, se detienen espontáneamente las hemorragias más temibles porque el útero vuelve á recobrar su contractilidad. Estos flujos no siempre son continuos, presentando algunas veces intermitencias y recidivas que coinciden con el estado de contraccion ó de inercia del útero. Con frecuencia, sin tener mucha gravedad, la hemorragia se presenta bastante tenaz ; así sucede, sobre todo, cuando ha quedado en el útero alguna porcion de placenta ó de membranas adheridas. Entonces el flujo va acompañado de en-tuertos muy penosos.

El pronóstico de la hemorragia está subordinado á la cantidad de sangre perdida. Aun cuando el accidente se haya tenido, no por eso la mujer se ha salvado, pudiendo sucumbir algunos dias despues á consecuencia de la anemia.

TRATAMIENTO. — En esta forma de hemorragia es en la única que puede aconsejarse un tratamiento profiláctico. Cuando los antecedentes de la mujer, las circunstancias del embarazo y del parto la hacen temer, obligan al práctico á que intervenga antes que se declare. Esta conducta es tanto más racional cuanto que el agente terapéutico empleado, y que se puede considerar como un verdadero específico, no presenta para la mujer inconveniente ni peligro alguno : éste es el cornezuelo de centeno.

Cuando hay alguna razon para temer una hemorragia en el instante del alumbramiento, debemos recurrir á este agente. En rigor puede administrarse algunos minutos antes de expulsado el feto, porque su accion no se hace sentir generalmente hasta pasados diez ó quince minutos. No hay necesidad de dar una gran dosis ; basta un gramo ; la indicacion consiste sólo en prevenir la inercia y no en provocar contracciones enérgicas. Por lo demas, no hay inconveniente en repetir esta dosis si fuera necesario.

Algunos autores temen, al parecer, la accion del cornezuelo

de centeno antes del alumbramiento. Tienen miedo á las contracciones irregulares y á la retraccion violenta del orificio uterino, que podría ser un obstáculo para la expulsion de las secundinas. Los efectos del cornezuelo de centeno siempre son proporcionados á las dosis que se administra. Cuando ésta es pequeña, en ningun caso se observan contracciones irregulares. Es sumamente raro que se manifiesten cuando este medicamento se toma en mayor cantidad. Las contracciones á que da lugar ocupan en la inmensa mayoría de los casos la totalidad del órgano, y la expulsion de la placenta se acelera más bien que retarda por esta causa. Pero hay más; aun admitiendo que se presentaran las contracciones irregulares, me expondría á ellas sin vacilar en caso de hemorragia, porque constituye un ligero inconveniente, comparado con el peligro que lleva consigo un flujo sanguíneo. Basta esperar un poco para que cesen por sí solas, y la indicacion más apremiante consiste en cohibir la hemorragia.

Al estudiar el cornezuelo de centeno veremos qué cualidades debe tener para que se pueda contar con su eficacia.

Los ingleses, fundándose en la simpatía que existe entre el útero y las mamas, aconsejan que se aplique el niño al pecho de la madre inmediatamente despues del parto para precaver la inercia uterina. Pero el recién nacido no tiene fuerzas para ejercer tracciones enérgicas sobre el pezon, mal preparado con frecuencia en las primerizas. Preciso es no confiar mucho en la eficacia de este medio, que, por lo demas, puede intentarse sin inconveniente alguno.

Para preservar de la hemorragia á la mujer, aconseja Roberto Lee romper las membranas al principio del parto, aun cuando la dilatacion no esté más que empezada, y aplicar al abdomen un vendaje, que se aprieta gradualmente á medida que el parto avanza. Exponerse por esta rotura á comprometer sin necesidad la vida del niño, y esto para remediar una hemorragia que puede no presentarse, confieso que es una terapéutica singular, sobre todo cuando poseemos medios infinitamente menos peligrosos y más eficaces para obtener el mismo resultado.

Cuando la inercia sigue al parto y se acompaña de hemorragia, las indicaciones fundamentales consisten en provocar las contracciones y vaciar la matriz.

La lista de los medios preconizados para obtener este doble resultado es muy larga; unos son verdaderamente útiles, otros son nocivos ó peligrosos, y, finalmente, otros son poco eficaces ó insignificantes. Pasaré en silencio estos últimos, porque su empleo haría perder un tiempo precioso.

El primer medio á que debemos apelar en semejantes casos es al cornezuelo de centeno. Lo doy en cantidad de 4 á 5 gramos, en dos veces, en el espacio de diez minutos, haya sido ó no expulsada la placenta. Si la hemorragia es moderada, nos conten-



taremos con practicar algunas manipulaciones sobre el útero á través de la pared abdominal mientras obra el cornezuelo. Cogido el órgano entre las dos manos, es amasado, comprimido é irritado por espacio de algunos minutos. Esta maniobra, bastante dolorosa, es suficiente con frecuencia para despertar las contracciones.

Una accion análoga, aunque menos enérgica, tiene la presion ejercida sobre el útero con objeto de poner en contacto las paredes anterior y posterior; pero es difícil admitir que sea bastante íntimo el contacto para detener la hemorragia. Así, á pesar de la opinion de Deneux, que se consideraba autor de este medio, no me atrevería á aconsejarlo. Un siglo antes que Deneux, Dassé había publicado ya una Memoria sobre este asunto.

En la hemorragia grave se combinan las manipulaciones con la introduccion de la mano en la cavidad uterina, excitando sus paredes y extrayendo los coágulos que la distienden. Inmediatamente que las contracciones se manifiestan, se extrae la placenta. Nos guardaremos de hacerlo en tanto que dure la inercia, porque nos expondríamos á multiplicar las fuentes de la hemorragia. Se extraerán igualmente los coágulos que pueden obstruir la vagina. No debe introducirse la mano más que en casos de necesidad y cuando se conozca que es interna la hemorragia, porque esta maniobra es dolorosa y causa cierto miedo á la mujer.

La aplicacion del frio tiene sus inconvenientes; yo lo empleo de la siguiente manera, y sólo con objeto de determinar una accion refleja. Se empapa en agua fria una toalla doblada ocho veces, se la retuerce y se aplica de pronto sobre la pared abdominal, retirándola al cabo de un minuto. El estremecimiento que produce va con frecuencia seguido inmediatamente de contracciones. He obtenido buenos resultados por este medio, que puede repetirse varias veces.

Cuando nos sorprende una de esas hemorragias fulminantes que no permiten aguardar la accion de los medicamentos ó de las maniobras, es necesario recurrir á la compresion de la aorta abdominal.

Despues de la deplecion del útero se puede comprimir fácilmente la aorta sobre el cuerpo de una vértebra lumbar. Puesta en relajacion la pared del vientre, dobladas las piernas de la enferma y algo elevados los hombros con una almohada, se colocan paralelamente los tres dedos índice, medio y anular en la direccion del vaso, buscan las pulsaciones y comprimen sobre el punto en que se manifiestan, apoyándose un poco hácia el lado izquierdo para no interrumpir la circulacion en la vena cava. Esta maniobra debe prolongarse hasta que las contracciones vuelven con suficiente energía. En un caso la practicó L. Baudelocque durante cuatro horas. Aun cuando no haya necesidad de emplear mucha fuerza, si se cansa la mano, se cambia, y se pone la otra

ó se suple por un ayudante. El único obstáculo grave para la compresion de la aorta es el grueso considerable de la pared abdominal.

La compresion de la aorta es un precioso medio para ganar tiempo, y por mi parte le debo ciertamente la vida de una enferma acometida en mi ausencia de una hemorragia abundante. Jacquemier duda de su eficacia, pero las razones teóricas que opone para su empleo no debilitan la confianza que inspiran los numerosos casos publicados por gran número de profesores.

L. Baudelocque y Trehan se han disputado el descubrimiento de esta maniobra, la cual era ya conocida á fines del siglo pasado en Alemania y debida al parecer á Budiger (de Tubinga).

La inercia uterina tiene cierta tendencia á la recidiva. Cuando nos hemos hecho dueños de ella, es preciso vigilar con mucha atencion á la enferma y continuar el empleo del cornezuelo de centeno durante varias horas, si fuera necesario, para evitar una recaída.

En resumen, el cornezuelo de centeno, las manipulaciones, la deplecion del útero, la extraccion de la placenta y la compresion de la aorta son los medios á que debemos apelar en las hemorragias del alumbramiento.

Las pequeñas hemorragias internas que se verifican despues del alumbramiento, son muy frecuentes y pasan á menudo desapercibidas, dándose á conocer tan sólo por los entuertos bastante fuertes que siente la mujer, y la expulsion de coágulos en una época más ó menos lejana. Cuando son muy penosos estos entuertos, se administra el cornezuelo de centeno, que hace expulsar rápidamente los coágulos. Es útil, despues del parto, vigilar durante varias horas el estado de desarrollo de la matriz, sobre todo cuando se teme una hemorragia y no se ha dado el cornezuelo de centeno. El sueño de la mujer no es razon para olvidar este examen, porque durante él es cuando se produce, sin que se advierta, una hemorragia grave.

Examinemos ahora los agentes que se han recomendado; y que deben rechazarse, porque presentan inconvenientes ó peligros.

Duncan, Steward y Burns han preconizado el opio en las circunstancias que nos ocupan. El uso de este medicamento está formalmente contraindicado, porque suspende la contractilidad, y justamente es lo contrario lo que nos esforzamos por obtener.

El taponamiento debe rechazarse, á pesar de los buenos resultados que le atribuye Leroux, porque es lo cierto que carecería de accion para detener la hemorragia, convirtiéndola de externa en interna, sin conjurar en modo alguno el peligro. Para evitar este desfavorable resultado, se ha propuesto combinarlo con la compresion del abdomen mediante un vendaje; pero aun admitiendo el buen resultado de este último medio como preventivo de la hemorragia interna, no podría reanimar la contraccion uterina, que es lo que importa obtener con la rapidez posible.

Para cohibir las hemorragias, ha propuesto Rouget introducir en el útero una vejiga de puerco, y distenderla por insuflacion. Esta manera de hacer el taponamiento, insuficiente para comprimir la region de los senos, presenta un peligro real, porque hace perder el beneficio de la retraccion que ha comenzado, y aumenta con su presencia la extension de la superficie que suministra la sangre.

Deben rechazarse igualmente las inyecciones irritantes ó astringentes, que no tienen otro resultado que determinar la formacion de coágulos inútiles en la vagina. Si la inyeccion penetra en la matriz, es impotente para cohibir la hemorragia, y puede llegar á ser el punto de partida de inflamaciones peligrosas.

Aparte de los medios especiales empleados para contener la hemorragia, es necesario, cuando se ha suspendido y está debilitada la mujer, recurrir á los medios generales. Para sostener las fuerzas se le darán caldos, vino mezclado con agua y los cordiales, sin miedo á que reaparezca por esta causa el flujo.

En fin, cuando la cantidad de sangre perdida ha sido tan considerable, que debemos temer que la mujer sucumba, apelaremos al recurso extremo, ó sea la transfusion de la sangre.

Desgraciadamente esta operacion es, por lo comun, inútil. Exige instrumentos especiales que no siempre podemos procurarnos inmediatamente, y los resultados que ha dado en Francia no son muy favorables, por lo cual está casi completamente abandonada. Segun los experimentos de Brown-Séquard, hay que llenar previamente una condicion para el buen resultado, y consiste en desfibrinar, por medio del batido, la sangre que se va á inyectar.

### Hemorragias del puerperio.

No es raro observar, despues de la calentura láctea, que los loquios contienen otra vez sangre en cantidad bastante notable. Es un fenómeno casi normal y que no debe inquietarnos. No sucede lo mismo en una época más lejana, pudiendo comprobarse un flujo de sangre pura, aun despues de haber desaparecido completamente los loquios, el cual se prolonga á veces varios dias con cierta tenacidad. Lo comun es que sea ligera la hemorragia y no amenace jamás la existencia de la mujer; pero va acompañada de un estado de debilidad que no guarda relacion con la cantidad de sangre perdida. La mujer siente dolores lumbares, inapetencia y un cansancio extremo despues del más pequeño ejercicio.

La causa aparente de estas hemorragias es por lo general una imprudencia, como haberse levantado demasiado pronto la mujer, haber hecho esfuerzos prematuros, haberse expuesto á la fatiga.

La causa del accidente me parece depender del estado de la

circulacion de la nueva mucosa uterina. Los vasos capilares que serpean por la superficie están reducidos á su membrana de núcleo, que se opone á su rotura una débil resistencia, no estando entonces protegidos estos vasos por el epiteliúm que debe cubrirlos. En esta época es todavía incompleto el epiteliúm, resultando que, por circunstancias capaces de congestionar la matriz, los capilares dan paso á la sangre. Es exactamente lo que se observa durante las reglas: la descamacion del epiteliúm deja á los capilares sin cubierta protectora y fluye la sangre á causa de la congestion ovárica. Aquí la congestion del ovario es reemplazada por un esfuerzo.

Estas pequeñas hemorragias están sujetas á recidivas. El medio mejor de combatirlas es que la enferma guarde la posicion horizontal y el reposo absoluto y prolongado por varios dias despues de haber cesado la hemorragia. Sería insuficiente este medio si al mismo tiempo no apeláramos al cornezuelo de centeno, que se administra en cantidad de dos gramos por dia, en cuatro tomas.

No puedo decir con exactitud por qué mecanismo obra el medicamento en estas circunstancias, porque no se trata aquí de inercia, y el origen de la hemorragia no está limitada al punto de insercion de la placenta; pero basta saber que el remedio es eficaz.

## RESUMEN.

### Hemorragias.

El estudio de las hemorragias pertenecientes á la madre puede dividirse en cuatro períodos: 1.º hemorragias de los primeros meses del embarazo; 2.º durante los últimos meses y el parto; 3.º hemorragias del alumbramiento; 4.º del puerperio.

**Hemorragias de los primeros meses.** *Causas.* — Una de las principales causas de las hemorragias de este período reside en el trabajo de coalescencia, que transforma los capilares en senos uterinos. — Las conmociones físicas y morales, las sacudidas que pueden producir el desprendimiento de la placenta, son tambien causas manifestas del accidente. — La muerte del feto que determina el aborto es tambien causa de hemorragia. — *Síntomas.* A veces se observan algunos prodromos, como sensacion de peso en las regiones hipogástrica y lumbar. — El flujo de sangre es el síntoma evidente. — La hemorragia es entonces siempre externa. — *Diagnóstico.* — Se examinará si la hemorragia es ó no sintomática de una enfermedad uterina. — Dificil es determinar si se trata de la vuelta de las reglas, de una hemorragia idiopática ó del principio de un aborto. — *Tratamiento.* — Reposo absoluto, lavativas laudanizadas, inyecciones astringentes. — En los casos graves, taponamiento.

**Hemorragias despues del quinto mes y durante el parto.** Se verifican por el desprendimiento de la placenta. Se produce este accidente: 1.º por una causa especial; la insercion de la placenta cerca del cuello; 2.º siendo normal la insercion de la placenta sobreviene la hemorragia por causas diversas, pero cuyo mecanismo y resultado son análogos.

**INSERCIÓN DE LA PLACENTA CERCA DEL CUELLO.** — *Causas y frecuencia.* — Esta anomalía reconoce por causa el deslizamiento del huevo entre los pliegues de la caduca en el momento en que penetra en el útero. — Más frecuente en las múltiparas que en las primerizas, se la observa una vez próximamente de cada 635 partos. — *Disposiciones anatómicas.* — Para que se produzca la hemorragia, basta que la placenta se inserte en un punto próximo al orificio uterino. — La implantacion puede verificarse cerca del cuello y sobre el cuello, nunca en su cavidad. *Mecanismo de la hemorragia.* — En el momento en que se hace más rápida la ampliacion del segmento inferior del útero ó cuando se dilata el cuello, la placenta, primero distendida, acaba por ceder á causa de la distension de las partes en que se inserta. — Los orificios de los vasos quedan abiertos por esta separacion y suministran la sangre. — Puede faltar ésta generalmente cuando hace alguntiempo que ha muerto la criatura. — Ordinariamente en el curso del noveno mes ó durante el parto es cuando empieza el flujo. — Se le puede observar mucho más pronto, en el curso del cuarto mes. — *Síntomas.* — No hay prodromos: la hemorragia sobreviene con frecuencia en el estado de reposo. — La hemorragia se detiene para volver más tarde con más intensidad. — A veces es continua con graves exacerbaciones. — *Diagnóstico.* — Se funda en la manera y época en que sobreviene la hemorragia. — El tacto da útiles indicios. — Se toca en el fondo del cuello la sustancia blanda de la placenta, oculta á veces por un coágulo. — El tacto aumenta la hemorragia. — Si el cuello está completamente permeable, se tocan las adherencias placentarias. — En la insercion central no se forma bolsa de las aguas. — El flujo sanguíneo se verifica principalmente en el momento de la contraccion. — Durante el embarazo no se percibe el movimiento de peloteo. — La hemorragia es casi exclusivamente externa. — *Pronóstico.* — Muy grave; sucumbe una mujer de cada tres. — Tanto más grave, cuanto que las grandes hemorragias se presentan en una época más avanzada del embarazo. — La proporcion de muertes es muy grande para los fetos. — Pueden sucumbir éstos á consecuencia de la rotura de los elementos placentarios. — *Tratamiento.* — Durante el embarazo no puede ser más que paliativo. — Reposo. — Lavativas laudanizadas. — Inyecciones astringentes. — Taponamiento en los casos graves. — Por último, en los casos extremos, parto provocado, rotura de las membranas á traves de la placenta. — Terminar el parto con la rapidez posible. — Vale más desprender la placenta que atra-



vesarla con la mano. — Simpson preconiza un procedimiento, que consiste en arrancar la placenta inmediatamente que se la puede coger, aun cuando sea varias horas antes de que pueda extraerse al feto. — Los resultados obtenidos por este método merecen fijar seriamente la atencion.

DESPRENDIMIENTO DE LA PLACENTA CUANDO SU INSERCIÓN ES NORMAL. — *Causas.* — Las conmociones físicas ó morales violentas, los esfuerzos — la muerte del feto — las contracciones. — Durante el parto, contracciones que sobrevienen despues de la deplecion parcial del útero. — Tracciones ejercidas en la circunferencia de la placenta por el huevo intacto al encajarse en el cuello completamente dilatado, ó por el cordon demasiado corto. — *Sintomas.* — En general no hay prodromos cuando la causa es accidental. — La hemorragia puede ser externa ó interna. — En la externa fluye la sangre al exterior en variable abundancia — de una manera continua ó intermitente. — Cuando el desprendimiento es considerable, la vida del feto se encuentra comprometida. — Durante el parto merece fijar la atencion una hemorragia notable; en las circunstancias ordinarias la placenta no se desprende hasta el momento ó despues de la expulsion del niño. — En las presentaciones de vértice sale la sangre, contenida en la matriz, despues de la contraccion. — En las demas presentaciones sale la sangre durante la contraccion. — En la hemorragia interna se acumula la sangre en el útero. — Por lo comun, la hemorragia es mixta. — El síntoma que se asigna á la hemorragia interna es el desarrollo rápido de la matriz. — A veces, sólo por la aparicion de los síntomas generales que acompañan á las hemorragias graves es como se descubre el accidente. — La sangre se acumula en el útero por la obliteracion del cuello, producida comunmente por la presencia de coágulos. — *Diagnóstico.* — La hemorragia externa puede depender de la insercion de la placenta cerca del cuello, de la muerte del feto, de los tirones que sobre ella ejercen las membranas ó un cordon umbilical demasiado corto, — y de la rotura de un trombus. — Debe hacerse el diagnóstico diferencial de estas diversas causas bajo el punto de vista del tratamiento. — La hemorragia interna es más difícil de conocer. — El aumento de volumen del vientre es por lo comun inapreciable durante el embarazo. — Queda la apreciacion de los síntomas generales. — *Tratamiento.* — Reposo absoluto, ventilacion, evacuacion de la vejiga y el recto. — La sangría debe rechazarse aun en las hemorragias pequeñas. — Inyecciones y láudano. — En las hemorragias externas y graves antes del parto, se recurre á los medios precedentes; si no bastan, cornezuelo de centeno. — Taponamiento combinado con la compresion del vientre para evitar la hemorragia interna. — Si son impotentes estos medios, se rompen las membranas. — En estas circunstancias se recurre al cornezuelo de centeno, estando con-

traindicados los preparados de opio. — Extraccion del feto tan pronto como sea posible. — En la hemorragia interna: rotura de las membranas, cornezuelo de centeno, terminacion rápida del parto. — Las mismas indicaciones hay que llenar cuando se manifiesta la hemorragia durante el parto. — Cuando sólo se quiere reanimar la contractilidad, se administra el cornezuelo de centeno á pequeñas dosis, elevando éstas cuando se quiere determinar prontamente la expulsion, siempre que ningun obstáculo lo contraindique.

**HEMORRAGIAS DEL ALUMBRAMIENTO.** — *Causas.* — Inercia uterina acompañada de un desprendimiento mayor ó menor de la placenta. — Si permanecen intactas las adherencias placentarias, la inercia puede prolongarse sin inconveniente. — Esta puede ser primitiva ó secundaria. — El globo uterino, duro y resistente al principio, se aplanan, se hace blando y mal limitado. — Las circunstancias que favorecen la inercia, son: la distension del útero por la hidropesía del amnios, un embarazo múltiple, la mucha duracion del parto ó el cansancio por contracciones incesantes y enérgicas y la existencia de hemorragias en los partos anteriores. — Se han indicado tambien como causas de hemorragias las contracciones irregulares y parciales. — El parto demasiado rápido no constituye causa de inercia. — Las tracciones intespestivas del cordon pueden tambien producir la hemorragia. — *Síntomas y diagnóstico.* — El tumor resistente que forma el útero en la region hipogástrica falta en los casos de inercia; el órgano está flácido y se limita mal por la palpacion. — La hemorragia es comunmente mixta; es decir, interna y externa al mismo tiempo. — La disminucion del volumen del órgano despues del parto permite reconocer con facilidad la distension que experimenta bruscamente por el acúmulo de sangre en su interior. — Si no se examina el útero despues del parto, puede no conocerse la existencia de una hemorragia hasta que se presentan los fenómenos generales que son su consecuencia. — La distension del útero por la sangre favorece tambien la hemorragia. — Debemos asegurarnos por la palpacion y el tacto de la existencia de coágulos y de hemorragia. — Pasados unos dias, no son de esperar flujos graves.

*Curso y terminacion.* — La rapidez con que se verifican estas hemorragias constituye un accidente formidable, deteniéndose á veces de un modo espontáneo. — Cohibida la hemorragia puede sucumbir la mujer por anemia. — *Tratamiento.* — Cuando los antecedentes de la enferma ó las circunstancias del parto hacen esperar una hemorragia, es preciso administrar el cornezuelo de centeno en el acto de la expulsion del feto. — Cuando se manifiesta la inercia despues del parto, se recurre al mismo medicamento en cantidad de 4 ó 5 gramos en dos veces. — Si no hay tiempo para esperar el efecto del medicamento, que se presenta al cabo de diez ó quince minutos, se malaxa el útero á traves de

la pared abdominal.— Se introduce la mano en su cavidad y se extraen los coágulos que la distienden.— Inmediatamente que reaparecen las contracciones, se saca la placenta.— No debe emplearse el frío más que cuando se trata de producir una acción refleja.— En los casos de hemorragias muy graves, que comprometen la vida de la mujer antes que hayan tenido tiempo de obrar los medicamentos, se hará la compresión de la aorta.— En el tratamiento de las hemorragias del alumbramiento hay que rechazar el opio, el taponamiento y las inyecciones irritantes.— Suprimido el flujo, es preciso levantar las fuerzas de la mujer y sustraerla á las malas consecuencias que en el organismo producen las grandes hemorragias.

**Hemorragias del puerperio.** Depende de una imprudencia de la mujer.— Su causa íntima reside en la falta de protección de los capilares de la nueva mucosa.— Su sitio no está limitado á la región placentaria.— Debilitan á la mujer sin hacerla correr peligro.— El reposo y el cornezuelo de centeno bastan para triunfar de ellas.

### Distocia causada por la invasión de una enfermedad.

Aparte de las causas de distocia que pertenecen á la madre y que acabamos de examinar, pueden perturbarse el embarazo, el parto y el puerperio por la invasión de un padecimiento desarrollado bajo la influencia del estado puerperal. Estas afecciones, bastante numerosas, y entre las cuales ocupan el primer lugar la eclampsia y las afecciones puerperales, serán estudiadas en la patología de estos diferentes estados.

## DISTOCIA FETAL.

Las causas de la distocia fetal deben dividirse en dos grupos distintos: 1.º las que corresponde propiamente al feto; 2.º las que residen en sus anejos, cordón y placenta.

Esta división se halla bastante justificada en el terreno de la práctica por las consecuencias que resultan del estudio de las causas y por los procedimientos de intervención que se hacen necesarios en uno ú otro de estos grupos.

### DISTOCIA DEPENDIENTE DEL FETO.

En mi tesis acerca de este asunto, y á la que me referiré necesariamente muy á menudo, he dividido el estudio de la distocia perteneciente al feto en once clases, cuya división seguirá también aquí:

1.º Exceso de volumen del feto sin alteraciones morbosas.— 2.º Exceso de volumen por desarrollo patológico.— 3.º Presentaciones ó posiciones viciosas.— 4.º Procidencia ó dirección viciosa de los miembros.— 5.º Inclusiones parasitarias.— 6.º Fe-

tos múltiples, adheridos ó aislados. — 7.º Error de lugar en el desarrollo del feto (preñez extra-uterina). — 8.º reunion ó fusion de una parte del feto con el útero ó los anejos. — 9.º Deformidades del feto. — 10. Roturas y lesiones producidas por el feto. — 11. Tumores desarrollados sobre el feto.

#### DISTOCIA CAUSADA POR DESARROLLO FISIOLÓGICO EXAGERADO DEL FETO.

Esta causa de distocia no era admitida por Cazeaux, que consideraba como imposible que el volumen solo del feto pudiese constituir un obstáculo al parto espontáneo, á menos de suponer una estrechez de la pelvis. La opinion de Cazeaux está destruida por los hechos, y si el volumen del feto, aparte de toda otra complicacion, es una causa bastante rara de distocia, numerosos ejemplos hay que prueban de un modo evidente que esta circunstancia puede necesitar el empleo de los medios más extremos.

**Exceso de volumen de la cabeza.** Admiten los alemanes que el obstáculo puede residir únicamente en el volumen de la cabeza, y señalan, además del grueso excesivo, un fenómeno de osificacion poco estudiado en Francia y que complica todavía más el caso, es á saber: el desarrollo de huesos wormianos que osifican las fontanelas.

Saxtorph admite que hay cabezas muy voluminosas que presentan una separacion exagerada de las fontanelas y comisuras sin que haya hidrocefalo. En este caso ha visto en la fontanela mayor huesos wormianos que medían pulgada y media de largo por una de ancho, y en la occipital media pulgada de longitud por tres líneas de ancho.

La misma observacion ha hecho Gøden, citado por Hohl. Lower cita un caso en el cual estaban de tal modo osificadas las fontanelas en una cabeza voluminosa, que el parto terminó por la muerte de la madre y del hijo. Hohl dice que ha observado varias veces estas osificaciones.

Por mi parte he comprobado en mis experimentos acerca de la reductibilidad de la cabeza fetal, que algunas de éstas, pertenecientes á fetos de todo tiempo, y sin embargo desprovistas de huesos wormianos, presentaban á la compresion resistencias sumamente variables. Si, por ejemplo, para hacer pasar una de ellas por una estrechez dada, debía emplear una fuerza igual á 30 kilogramos, me veía obligado á emplearla de 32 ó 35 para obtener el mismo resultado en otra de un volumen exactamente análogo, que presentaba un diámetro igual en las fontanelas.

Atribuyo el exceso de fuerza que tenía que emplear al mayor grueso de las piezas óseas, que se prestaban menos al cabalgamiento.

Hay necesidad, pues, de tener en cuenta este elemento de resistencia en las cabezas voluminosas, y si á su considerable des-

arrollo se une la disminucion del grado normal de reductibilidad, aunque no haya puntos de osificacion supernumerarios, se agravará necesariamente esta causa de distocia.

Los casos de distocia por desarrollo exagerado del feto se me han presentado con bastante frecuencia en mis investigaciones, y sólo indicaré algunos.

Mauriceau, en un caso de esta naturaleza, terminó la extraccion con el gancho despues de cinco dias de parto. Delamotte intervino en un caso análogo; los huesos, sin cabalgar, eran redondos, muy duros y estaban al mismo nivel.

Héricé Legros indica una observacion semejante; el cráneo era redondo en vez de ser ovóideo y los huesos estaban más gruesos é hipertrofiados. Por último, Allen, en un caso análogo, tuvo necesidad de practicar la cefalotripsia para terminar el parto.

El diagnóstico exacto de esta causa de distocia es casi imposible. El volumen del feto no puede apreciarse mientras está contenido en la cavidad uterina; y el profesor que observa detenerse el parto en una pelvis bien conformada, al parecer, se decidirá probablemente á intervenir con actividad antes de conocer la verdadera causa de distocia, aplicando el forceps ó el cefalotribo, segun las dificultades que el volumen del craneo presente para la extraccion.

En estas circunstancias se ha propuesto la version. Cuando compare las indicaciones que presenta ésta y el forceps, veremos los motivos que tengo para rechazar completamente la primera, en los casos en que exista falta de proporcion entre el diámetro de las partes duras de la madre y las del feto.

Ademas de los casos en que el volumen anormal de la cabeza del feto no guarda proporcion con el conducto pelviano, atribuye Simpson al sexo masculino una influencia considerable bajo este punto de vista.

Segun la estadística de Clarke, que contiene 120 observaciones, hay una diferencia de 10 milímetros por término medio entre la circunferencia occipito-frontal de los fetos masculinos y la de los femeninos. En los primeros, el término medio de esta circunferencia es de 355 milímetros y en las niñas es de 345.

Simpson, investigando las consecuencias que pueda tener en el parto esta diferencia de volumen, encuentra que en 154 mujeres muertas en la Clínica de Collins, 105 habían parido niños y 49 niñas; lo que da la desfavorable proporcion de 214 de los primeros para 100 de las segundas. Sin embargo, es preciso notar que 38 de las mujeres que han sucumbido, ha sido, segun dice Collins, por causas extrañas al parto, lo cual disminuye el valor de las cifras dadas por Simpson. El profesor de Edimburgo, continuando sus investigaciones, ha estudiado la influencia del sexo en las complicaciones del parto, y ha consignado sus resultados en el siguiente cuadro, que toma de las estadísticas de Collins:



Naturaleza de las complicaciones.	Total de casos.	Fetos masculinos.	Niñas.	Proporcion entre niños y niñas.
Parto lento.....	109	65	44	148 para 100
Convulsiones .....	28	17	11	153 — 100
Fiebre puerperal.....	88	54	34	161 — 100
Roturas del útero .....	34	23	11	207 — 100
Hemorragia despues del parto.	44	31	13	240 — 100
Aplicacion del forceps.....	24	16	8	200 — 100
Aplicacion de los ganchos .....	74	50	24	208 — 100
<b>TOTAL.....</b>	<b>401</b>	<b>256</b>	<b>145</b>	<b>165 — 100</b>

Esta proporcion desfavorable se vuelve á encontrar cuando se examina la suerte de la criatura. En 1.121 que han nacido muertos, los cuadros de Collins dan la proporcion de 614 niños para 507 niñas. Casi la mitad estaban en un estado de maceracion, que probaba que su muerte se refería á una época anterior al parto; pero la proporcion de los fetos macerados era precisamente igual, lo cual aumenta relativamente otro tanto el número de niños que hubieran podido perecer en el parto. En resumen, éstos últimos serían á los fetos femeninos como 151 : 100.

Lo repito, estos son resultados bastante imprevistos, y que se explican difícilmente por la pequeña diferencia de volumen de la cabeza, indicada por Clarke. Añadamos que el término medio de este autor se funda en individualidades, y que es bastante comun observar en los recién nacidos del sexo femenino una cabeza más voluminosa que la de los niños. Me parece que son necesarias nuevas investigaciones, antes de admitir el parecer, algo fatídico, de Simpson. En todo caso, la diferencia de sexo no puede ser origen de indicacion alguna especial, por la sencilla razon de que, excepto en las presentaciones de nalgas, en que el sexo de la criatura puede apreciarse antes de la expulsion completa, no puede saberse si el feto contenido todavía en el útero es un niño ó una niña.

**Exceso de volumen del pecho y de los hombros.** Levret quiso demostrar que la detencion de los hombros podía retardar ó hacer imposible el parto; pero las observaciones que cita son muy discutibles, y es probable que se tratara de otras causas de distocia que se ocultaron á su perspicacia. Su opinion cayó en el olvido.

Jacquemier, en estos últimos tiempos, ha vuelto á estudiar la cuestion, y ha demostrado que la cabeza no era la única region del feto, cuyo excesivo volumen podía oponerse al parto. Es posible que los hombros y el pecho constituyan obstáculo, sin que sea mayor de lo ordinario al tamaño de la cabeza. En los casos que indica la presentacion era normal, y el diámetro bis-acromial estaba en relacion con uno de los oblicuos de la pelvis; pero la parte superior del tronco, muy desarrollada, ha sido la única

causa de suspension del parto, manifestándose el obstáculo no sólo en el estrecho superior, sino tambien, despues del encaje, en el trecho inferior.

Por su parte, Jacquemiér aduce en apoyo de su doctrina el contingente de nueve observaciones, pero es preciso confesarlo, no todas presentan esta causa de distocia en su estado de pureza. Existen en algunas de ellas complicaciones que atenúan algo su valor; y en las que toma de los antiguos, difícil sería demostrar que el volumen de la parte superior del tronco haya sido la única causa de distocia.

A los hechos referidos por Jacquemier añadiré los siguientes: Hohl dice que algunas veces se ha practicado la craneotomía por pretendido aumento del volumen de la cabeza, y que dependía simplemente de la anchura mayor de los hombros. En dos casos, que le pertenecen, ha podido comprobar esta causa de distocia en mujeres cuya pelvis era perfectamente normal. Adelman cita tambien un caso ocurrido en una mujer que anteriormente había tenido tres partos espontáneos: el cuarto niño presentaba un diámetro bis-acromial tan exagerado, que durante la extracción los dos hombros se pusieron en contacto por delante, y el esternon se aproximó á la columna vertebral.

Stoltz, en un caso de esta naturaleza, se vió obligado á abrir el vientre del feto y hacer la evisceracion. La cabeza había sido ya casi arrancada antes de que fuera conducida la mujer al hospital. El periné fué completamente rasgado y la mujer sucumbió. La pelvis de la madre era ancha y la criatura pesaba 5.600 gramos. Silbert (d'Aix) refiere un caso análogo. Despues de dos aplicaciones de forceps y una tentativa de version, murió la mujer sin dar á luz; el niño pesaba 7 kilogramos. Por una triste coincidencia, esta mujer, que había parido una vez espontáneamente, tenía la pelvis algo estrecha, aunque simétrica.

Cuando puede sospecharse esta causa de suspension del parto, los esfuerzos del profesor, como indica Jacquemier, deben dirigirse de modo que las tracciones recaigan sobre la axila y los brazos, á fin de desprenderlos sin que soporte la cabeza los esfuerzos considerables que hay necesidad de practicar. En las observaciones de Jacquemier tres veces fué arrancada la cabeza. Si no fuera posible desprender los brazos, se recurriría al gancho obtuso; però estos medios pueden ser impotentes como se ha visto en las observaciones de Stoltz y Silbert. Será preciso apelar entonces al cefalotribo, aplicado sobre el cuerpo del feto para disminuir su volumen, haciendo previamente la decapitacion si la extremidad cefálica llenase la pelvis, porque en estas circunstancias sería muy penoso aplicar el instrumento si la cabeza impedía la introduccion de sus ramas. Por último, se podría recurrir tambien, como ha hecho Stoltz, á la evisceracion del feto.

## DISTOCIA POR DESARROLLO PATOLÓGICO DEL FETO.

El desarrollo anormal del feto puede estar determinado por derrames líquidos, por el desarrollo de gases y por la degeneración ó hipertrofia de los órganos.

## DERRAMES LÍQUIDOS.

**Hidrocéfalo.** Sólo me ocuparé aquí de los derrames considerables de agua en la cavidad del cráneo. Las infiltraciones serosas de que habla Cazeaux, que se encuentran rara vez por debajo del cuero cabelludo, y de las que cita, sin embargo, dos casos, no han dado, probablemente jamás, lugar á la distocia, como tampoco los derrames sero-sanguinolentos que se forman á causa del parto prolongado. En rigor, pueden dificultar ligeramente los movimientos que ejecuta la cabeza en la excavación; pero esto no constituye un obstáculo grave para el parto.

No sucede lo mismo con las colecciones de líquido que se forman lentamente en la caja craneal, y que pueden adquirir proporciones tan considerables como en un caso de hidrocéfalo observado por Wrisberg, en el que tenía la cabeza de la criatura 27 centímetros de largo y 81 de circunferencia.

El hidrocéfalo es enfermedad muy rara. Lachapelle lo ha visto 15 veces en 43.545 partos, ó sea por 1 por 3.000 próximamente. Es una afección grave de cualquier modo que se considere. Con mucha frecuencia mata al feto, ó si llega á nacer con vida, sólo le deja una existencia precaria y de corta duración, generalmente. Por último, cuando el derrame es algo abundante se hace sumamente laborioso el parto y exige operaciones graves.

Se diagnostica el hidrocéfalo por los caracteres siguientes: el dedo explorador encuentra por encima del estrecho abdominal una superficie ancha, de consistencia variable en sus diferentes puntos. Se tocan partes resistentes constituidas por los huesos del cráneo y espacios depresibles, en los que, en el intervalo de las contracciones, se siente la fluctuación. Estos espacios son las comisuras considerablemente ensanchadas.

Cuando el útero está en reposo, los huesos tienen cierta movilidad, sobre todo cuando el niño está muerto; pero cuando la matriz se contrae, toda la masa adquiere más consistencia. Es preciso no olvidar que la esfera de acción del dedo que reconoce es bastante limitada, y que las superficies óseas tienen más extensión en el hidrocéfalo que en el estado normal, pudiendo suceder que la región que se examine presente por todas partes una resistencia dura y uniforme.

La presentación permanece muy elevada y sin tendencia á encajarse en la excavación, de suerte que en muchos casos el diagnóstico es difícilísimo.

Por último, á causa de lo raro de esta afeccion, se cree en cualquiera otra, y el diagnóstico se extravió. En 21 casos de hidrocéfalo con presentacion de vértice, reunidos por Chaussier, 12 veces se desconoció la naturaleza del obstáculo; y en 7 observaciones de esta enfermedad, con presentacion de nalgas, fué cinco veces inexacto el diagnóstico. Blot ha indicado un carácter que deberá tenerse en cuenta, y consiste en oír los ruidos del corazon al nivel ó por encima del ombligo de la madre cuando se ha reconocido una presentacion de vértice. En general, será necesario introducir la mano en la vagina y aun en la matriz para diagnosticar con certeza la existencia del hidrocéfalo.

Claro está que en las presentaciones pelvianas es absolutamente imposible el diagnóstico antes de la expulsion del cuerpo del feto. Segun Scanzoni, en los casos de hidrocéfalo se encuentra una vez de cada cinco la presentacion de nalgas.

Las dificultades ó imposibilidad del parto estarán en relacion naturalmente con la cantidad de líquido contenido en el cráneo; pues podrá suceder que el volumen poco considerable de la cabeza permita el parto espontáneo, como es posible tambien que sea del todo insuficiente la aplicacion del forceps, y haya que recurrir á la puncion. Puede verificarse espontáneamente el parto, á pesar de ser considerable el hidrocéfalo, lo cual sucede cuando está muerto ó macerado el feto, porque la cabeza se prolonga, sus huesos cabalgan y el encaje se verifica.

Al principio de mi práctica he visto terminar espontáneamente un parto en estas circunstancias. La cabeza del feto era enorme, y confieso que había desconocido completamente su alteracion, quedando perplejo hasta que la vulva entreabierta me dejó ver los cabellos y pude reconocer la masa informe que atravesaba la pelvis y que tan confuso estuve para determinar.

La intervencion en las presentaciones de vértice consiste en aplicar primero el forceps; despues, si no da resultado, se hará la puncion del cráneo con un trócar por una de las comisuras.

Esta última operacion no debe practicarse hasta que haya seguridad en el diagnóstico. Para disipar las últimas dudas se introducirá la mano en la matriz antes de perforar la cabeza.

En las presentaciones de nalgas, cuando se ha comprobado bien la imposibilidad de la extraccion y se ha llegado á establecer el diagnóstico exacto, debemos perforar el occipital ó penetrar en el cráneo por las cavidades orbitarias, ó tambien, como ha hecho Malgaigne en un caso, introducir el gancho agudo á traves de una fontanela. Algunas veces sería posible vaciar el cráneo haciendo una abertura en el conducto raquídeo, pasando por ella una sonda hasta la caja craneal, si no fuera bastante dicha abertura.

**Hidrotorax.** Peu (1694) dió á conocer el hidrotórax en estos términos: « Si el pecho ó el bajo vientre están igualmente llenos de aguas ó vientos, es preciso vaciarlos; esta operacion no es de poca consecuencia. »

Después de Peu, los autores que han hablado de las hidrope-sías del feto lo han hecho también del hidrotórax, habiendo indicado los elementos del diagnóstico, sólo que dudo que se haya observado alguna vez en el estado de aislamiento y sin ascitis concomitante, porque no he encontrado una sola observación en mis apuntes, de autores franceses.

Hohl, sin embargo, dice que ha visto dos casos en su práctica sin que el abdomen participara de la lesión. Götzel cita también un caso en un feto de siete meses. En estas observaciones, la cantidad de líquido contenido ha sido bastante considerable para exigir la intervención.

Aun admitiendo la enfermedad, claro está que el diagnóstico no puede hacerse hasta el momento en que un obstáculo invencible al parto obliga al comadron á introducir la mano en el útero, si el encaje de la cabeza no impide su paso, para conocer la causa de distocia. La conducta que deberá seguirse entonces es la misma que en todos los derrames de líquido: la punción.

**Hidropesía ascitis.** Delamotte ha observado dos casos de ascitis. En el primero, en que después de contracciones violentas se extrajo el niño muerto: contenía su vientre tres kilogramos de agua de un color pardo verdoso. En el segundo se arrancó la cabeza del feto sin poder extraerlo, siendo preciso hacer la versión. Su vientre contenía tanto líquido como el del caso anterior.

Conocida la ascitis, se recurre á la punción, y teniendo en cuenta las pocas probabilidades de vida del feto, vale más apelar á ella desde luego que cansar inútilmente á la mujer, obligándola á hacer esfuerzos impotentes.

**Distension de la vejiga.** Duparque ha publicado en 1842 una Memoria acerca de la retención de orina en el feto como causa de distocia. Refiere un caso con detalles y habla de otro, aunque sólo mencionándolo. Ocho años después ha publicado Depaul un trabajo sobre el mismo asunto, que contiene cinco observaciones, de las cuales una le pertenece. Otras dos he hallado yo en las *Transacc. de la Sociedad obstétrica de Londres* de 1865, lo cual hace subir á nueve el número de casos de esta naturaleza.

Por causas desconocidas, la vejiga se encuentra distendida por un líquido, y algunas veces también los uréteres y los riñones, adquiriendo el reservorio urinario un desarrollo bastante considerable para constituir obstáculo á la expulsión del feto.

En seis de estas observaciones, aparte de algunos vicios de conformación que ya he indicado al ocuparme de las funciones del feto, existía una imperforación de la uretra, que Duparque y Depaul consideraban como la causa verdadera de la distension de la vejiga; pero en los otros tres casos no había ningún obstáculo apreciable al curso de las orinas, comunicando libremente la uretra con la vejiga. Hay necesidad, pues, de conocer que la obliteración del conducto es una circunstancia accesoria, y que aparte de la imperforación existe una enfermedad cuya verda-



dera naturaleza se nos oculta, pero que coincide con suspensiones de desarrollo y alteraciones incompatibles con la persistencia de la vida extrauterina.

He demostrado además que la obliteracion de la uretra en fetos, por lo demas normales, no coincidía con el desarrollo exagerado de la vejiga.

Debo decir, sin embargo, que Depaul ha publicado despues un nuevo caso de la misma índole, en el que la única anomalía mencionada en la observacion, muy incompleta, dada á luz en la *Gacette Médicale*, es la enorme dilatacion de los uréteres y el gran desarrollo de los riñones, convertidos en bolsa transparente. Estas son igualmente las únicas alteraciones que se observan en los casos de Duparque.

Estos últimos casos son interesantes y deben consignarse; pero no ha llegado todavía el tiempo de explicarlos.

La distension de la vejiga, llevada á un grado capaz de impedir la terminacion del parto, no puede diagnosticarse durante el embarazo, presentándose el obstáculo en el momento en que ha sido expulsada ya una parte del feto. La introduccion de la mano en el útero es el único medio de conocer que se trata de un tumor líquido, y que este tumor ocupa el abdomen del feto; pero quedará limitado á esto el resultado de la investigacion, y yo soy completamente del parecer de Duparque cuando dice: «Pero sería difícil y hasta imposible conocer el sitio de este derrame, si está en el peritoneo ó en la vejiga; en una palabra, si hay hidropesía, ascitis ó retencion de orina». Esta reserva es tanto más prudente, cuanto que en algunos casos coexisten la ascitis y el tumor vesical.

Las consideraciones ampliamente desarrolladas por Depaul acerca del diagnóstico de la naturaleza exacta de esta lesion, *antes y durante* el parto, están muy bien imaginadas, convengo en ello, pero tienen el inconveniente de fatigar la memoria del profesor con sutilezas indescifrables. Es necesario distinguir con cuidado en la práctica lo que es real de lo que podría existir.

Lo único que importa conocer es que el obstáculo está constituido por una coleccion de líquido que podrá desaparecer mediante la puncion. La fluctuacion es, pues, el principal caracter que hay que determinar desde luego.

Cuando una parte del feto es expulsada y las tracciones bastante enérgicas no adelantan su progresion, es preciso guardarse de esos esfuerzos violentos que han dado por resultado, en casos semejantes, arrancar la cabeza y los miembros del feto. Se introduce la mano en el útero para precisar la naturaleza del obstáculo, y una vez hecho el diagnóstico se evacúa el líquido. Depaul indica con cuidado que es necesario hacer la puncion con un trocar especial y en un punto situado algunos centímetros por encima de los pubis. No ha reflexionado este autor que en las presentaciones de vértice, la enorme circunferencia cons-

tituida por la vejiga que distiende el abdomen no es accesible más que por la región supraumbilical, y que sería absolutamente imposible que un trócar, cualquiera que fuese su curvatura, alcanzara la región que él indica. Recomienda además evitar la punción de las *asas intestinales*. Todas estas minuciosas prescripciones son no sólo inútiles, sino también impracticables. El objeto de ellas es aumentar las probabilidades de que sobreviva el feto; pero no ha comprendido que aun cuando no sucumbiera la criatura por los esfuerzos del parto, lleva consigo lesiones incompatibles del todo con la persistencia de la vida. Añadiré que los profesores que ejercen lejos de los grandes centros, que constituyen la inmensa mayoría, no pueden procurarse fácilmente instrumentos especiales, y se verán obligados á acudir á su modesto arsenal. El gancho agudo en que termina uno de los mangos del forceps es el mejor instrumento para estos casos. Se introduce sobre la palma de la mano y con todas las precauciones posibles para no herir á la madre.

**Hidropesía del tejido celular.** Hohl cree que no tiene importancia como causa de distocia; sin embargo, es útil conocerla. Con frecuencia va unida á la ascitis. Schuring ha observado ocho casos en que estaba generalizada la hidropesía. Murieron los niños, si no durante el parto, inmediatamente después; en la observación de Ossiander, diez minutos después de haber nacido; en la de Mesiner al cabo de quince, y en la de Carus á las doce horas.

Delamotte (1721) cita un caso, en el cual, después de tracciones tan enérgicas, que para terminar el parto tuvo necesidad de apoyar un pie contra la cama, extrajo un niño que vivió algunas horas, y que presentaba, dice, «una hidropesía universal que ocupaba todo el cuerpo, haciéndole de un grueso enorme, sobre todo en el vientre, que contenía tres pintas de agua (1), medida de París».

El cefalotribo aplicado al cuerpo, ó el gancho, serían los medios que emplearíamos en casos semejantes para disminuir el volumen del feto y favorecer el derrame del líquido que impide sea expulsado. Si fuera insuficiente la punción, apelaríamos á las incisiones profundas y múltiples en los diferentes puntos accesibles.

#### DESARROLLO ANORMAL POR FORMACION DE GASES.

**Enfisema generalizado.** Únicamente cuando el feto está muerto y la rotura de las membranas ha permitido el paso del aire á la cavidad del huevo, es cuando se desarrolla el enfisema. Las observaciones que de él se encuentran en la ciencia son bastante raras. Cazeaux atribuye dos á Merriman. Yo he encontrado

(1) La pinta de París contenía 48 pulgadas cúbicas. — (N. de los T.)

otra que pertenece á Dubois, en la que ademäs presentaba la mujer una estrechez de la pelvis, que exigió la operacion cesárea. Depaul ha publicado un caso análogo, y Leguonais, de Nantes, ha observado otro que me comunicó Anger.

Delamotte parece haber observado más de una vez el enfisema generalizado, porque dice: «He asistido á muchas mujeres cuyas criaturas, por haber permanecido en el seno-materno mucho tiempo despues de muertas, han salido infladas, no sólo de la cabeza y del vientre, sino de todo el cuerpo, y este estado era la consecuencia de la fermentacion que produce la corrupcion que habían contraído por falta de socorro oportuno. »

El diagnóstico diferencial del enfisema y de la hidropesía generalizada puede ser difícil. El único signo con el que se puede contar en la hidropesía es la fluctuacion percibida en el abdomen del feto. La presencia de gases no se manifiesta hasta que se les da salida por la puncion; el enfisema sobreviene en condiciones especiales, y sólo se presenta al cabo de algun tiempo despues de la rotura de la bolsa y muerte del feto. Deben, pues, tenerse en cuenta estas circunstancias para el diagnóstico.

Se ha dicho que quizás fueran suficientes las simples punciones para dar salida á los gases que distienden todos los tejidos. Probablemente las punciones, aunque multiplicadas en los puntos accesibles, no tendrían utilidad alguna para permitir la salida de los gases que infiltran todo el cuerpo.

La intervencion debe ser más radical, porque los peligros que corre la madre se agravan con la expectacion demasiado prolongada. Sería necesario, pues, reservar la puncion para los casos en que el abdomen fuera el único distendido por los gases y hacer el aplastamiento del feto con el cefalotribo, como ha ejecutado Velpeau.

Esta práctica es tanto más prudente cuanto que en los dos casos pertenecientes á Merriman sufrieron las mujeres una rotura de la vagina, desgarrada por el enorme volumen del feto. A falta del cefalotribo, se podría tambien dar salida á los gases practicando incisiones largas y profundas en diferentes puntos del cuerpo del feto.

**Timpanitis parcial.** El desarrollo de gases por la putrefaccion puede localizarse hasta cierto punto en el abdomen y constituir una causa de distocia casi tan grave como la anterior. Smellie refiere dos observaciones, en las que tuvo que perforar el vientre con un gancho para terminar el parto. El mismo autor cita un caso de igual naturaleza, pero más curioso. Se trataba de un feto, cuyo vientre estaba enormemente distendido por los gases antes de romperse las membranas; por consiguiente, antes que el aire atmosférico, penetrando en la matriz, permitiera explicar la descomposicion pútrida, que no sobreviene, por lo comun, cuando el feto está encerrado en las membranas intactas. En este caso, la muerte de la criatura tenía ya algunos dias de

fecha, porque su epidermis se levantaba en algunos puntos. Indica otra particularidad Smellie, y es, que el feto, más ligero que el agua tan abundante que lo bañaba, se encontraba en la superficie del líquido amniótico, de manera que, á pesar de su enorme volumen, era inaccesible al tacto.

Peu refiere un caso de timpanitis abdominal, y, como en los casos que preceden, abrió el abdomen del feto para terminar el parto.

#### HIPERTROFIA DE ORGANOS.

**Tumor de los riñones.** Los riñones del feto pueden presentar anomalías, cuyo mecanismo íntimo no he de examinar, pero que dan por resultado aumentar su volumen hasta el punto de dificultar la terminacion del parto.

Cesterlin ha dado á conocer la observacion de un parto hecho laborioso por el desarrollo extraordinario de los riñones.

Tenían estos órganos tal dimension, que despues de haber salido la cabeza y el pecho, se encontró detenido el feto en su paso por el volumen del vientre. Sólo despues de muchos esfuerzos pudo terminarse el parto. En la autopsia se encontró toda la cavidad del vientre ocupada por ambos riñones, que habían rechazado hácia arriba el hígado y las demas vísceras; estaban degenerados, presentando un aspecto vesiculoso. Siobold ha publicado un caso análogo. Los riñones pesaban un kilógramo y llenaban el abdomen, que medía 46 centímetros de circunferencia.

Mansa se vió obligado en un caso semejante, despues de haber arrancado lo cabeza y los brazos, á hacer la evisceracion del feto para terminar el parto.

Horing, ávisado para terminar un parto en estas circunstancias, encontró la mutilacion muy adelantada. El cirujano llamado antes que él había separado inútilmente la cabeza y el pecho. Horing quitó las costillas que quedaban y extrajo una masa enorme é informe constituida por los riñones, y finalmente, pudo sacar lo que quedaba de la criatura.

Gaillon y Ollier han publicado la observacion de un caso de distocia por la misma causa. Se presentaba la criatura de nalgas: los miembros inferiores se desprendieron espontáneamente, pero en este punto se detuvo el parto, y las tracciones, cada vez mayores, determinaron la avulsion de los miembros. Más tarde la mujer, experimentando contracciones enérgicas, expulsó espontáneamente al feto. Los riñones hipertrofiados, pero no degenerados, formaban dos enormes tumores que distendían el vientre del niño.

Chevance, en idénticas circunstancias, despues de una punccion y una version inútiles, tuvo que practicar la evisceracion del feto y extraer los riñones (que pesaban 1.000 gramos) antes de poder terminar el parto. Chevandié ha observado igualmente

un caso de distocia por hipertrofia de los riñones. Por último, Levi en un caso análogo hizo la evisceracion del feto, el cual tenía además hidrocefalo.

En todas estas observaciones se equivocó el diagnóstico; los más hábiles reconocieron la presencia de un tumor sólido; pero ninguno pudo determinar su naturaleza antes de la ablacion.

La conducta que debe seguirse en estos casos es hacer la evisceracion, si han sido impotentes los esfuerzos para extraer el feto.

**Tumores del hígado.** Haase cita un caso de distocia determinada por el excesivo volumen del hígado de un feto. Este órgano media 24 centímetros de alto, 16 de ancho y 8 de grueso. Su forma no había cambiado; en algunos puntos se veía el tejido normal, pero en la mayor parte se había transformado en una masa heteromorfa semejante á la sustancia gris del encéfalo.

**Tumor del bazo.** Petit-Mangin, en un caso de distocia por esta causa, se vió obligado á abrir el pecho, desprendido en parte fuera de la vulva, para penetrar en el vientre á través del diafragma. Calcula de 12 á 15 litros la cantidad de líquido que salió de la cavidad abdominal. En la autopsia se encontró el bazo hipertrofiado, que pesaba 750 gramos próximamente.

**Hipertrofia del cerebro.** Munchmeyer ha descrito esta enfermedad, caracterizada por el aumento de volumen y peso de la masa encefálica, sin alteracion de sustancia y sin complicacion de productos morbosos. La cabeza es más voluminosa que en el estado normal, las eminencias parietales muy marcadas, los huesos frontales muy salientes por encima de la raíz de la nariz, y la conformacion de lo restante del cuerpo es normal.

Las observaciones de Burnet, Hufeland y Sims han demostrado que era algo frecuente esta afeccion y que se la ha podido confundir algunas veces con el hidrocefalo. Como no he hallado observaciones de partos verdaderamente complicados por esta causa, muy posible, de distocia, me limito á mencionarla, sin insistir más sobre este asunto.

**Hipertrofia del tejido celular adiposo.** Esta enfermedad puede invadir toda la superficie del cuerpo, pero se desarrolla principalmente en las regiones en que abunda este tejido. Puede tener alguna influencia en el parto, pero no es de tal naturaleza que dé lugar á dificultades insuperables. Dornblüth cita un caso, y observaciones análogas han publicado Gratzer, Bartholinus y Sandifort. Los niños afectados de este mal pueden continuar viviendo, como ha observado Hohl.

#### DISTOCIA CAUSADA POR LAS PRESENTACIONES Ó POSICIONES VICIOSAS DEL FETO.

**Presentacion de vértice.** En las presentaciones francas de vértice los obstáculos poco graves, capaces de retardar el parto, dependen, sobre todo, de anomalías en los fenómenos mecánicos



de la expulsion. Cuando la cabeza del feto llega al periné, experimenta ó ha experimentado ya un movimiento de rotacion, que coloca el occipucio por debajo de la sínfisis del pubis, cualquiera que sea el punto de la pelvis con el que se encontrara en relacion al principio; no obstante, en algunos casos raros este movimiento no se verifica, y el occipucio se desprende el primero por detras.

Aparte de la mayor lentitud que comunica al parto y de los accidentes que pueden resultar para el feto, tiene esta anomalía graves inconvenientes para la madre, porque no sólo el parto penoso y prolongado influye á veces de un modo funesto en el puerperio, sino que tambien se encuentra la enferma inmediata y casi inevitablemente expuesta á lesiones del periné, que varían desde la rasgadura parcial hasta la destruccion que comprende el esfinter del ano, y, en fin, hasta se ha observado la rotura central, que ha permitido el paso del feto entre el ano y la vulva.

El examen de la disposicion de las partes explica perfectamente el mecanismo de estas lesiones.

Cuando la cabeza, en el último tiempo del parto, se apoya en el periné y lo distiende, no sólo hace que se doble el feto siguiendo la curva representada por la de la excavacion, sino que continuando el periné el conducto pelviano, aumenta naturalmente su curvatura. Hay necesidad, pues, de que se acomode á esta direccion la parte superior del feto. En el caso que el occipucio venga hácia adelante, se encuentra perfectamente dispuesta para esto; la sínfisis pubiana es un obstáculo para la progresion del occipucio que se presenta; la contraccion moviliza la parte anterior de la cabeza; el menton se separa del pecho, la frente se desliza por el plano inclinado que le presenta el periné, y el movimiento de extension se verifica alrededor de un eje, cuyo centro es la sínfisis, constituyendo el límite anterior de esta curva.

Pero cuando el occipucio permanece hácia atras, puede compararse el feto con una varilla recta, voluminosa y casi inflexible, encajada en un conducto curvo. La sínfisis pubiana, al detener la parte que avanza, favorece todo lo que puede el movimiento de la flexion de la cabeza; pero es absolutamente imposible que este movimiento sea tan grande como el de extension en las posiciones occipito-anteriores. Si la barbilla de la criatura toca á su pecho, la flexion del feto no puede coincidir exactamente con la corvadura pelvi-perineal, á menos que algun punto de esta curva se enderece ó desaparezca.

En estas circunstancias, el esfuerzo uterino transmitido al feto no sigue la direccion del eje de la vulva, sino la de un punto situado más atras, y este esfuerzo, no descompuesto por un eje quebrado, como en las occipito-anteriores, viene á apoyarse directamente en el periné, al que distiende y rasga.

En semejantes casos es útil intervenir, sobre todo en las primerizas, aplicando el fórceps. Se harán las tracciones hácia ar-

riba y adelante, con objeto de exagerar todo lo posible la flexion. Se ha recomendado, antes de las tracciones, intentar con ayuda del forceps un movimiento de rotacion, á fin de convertir

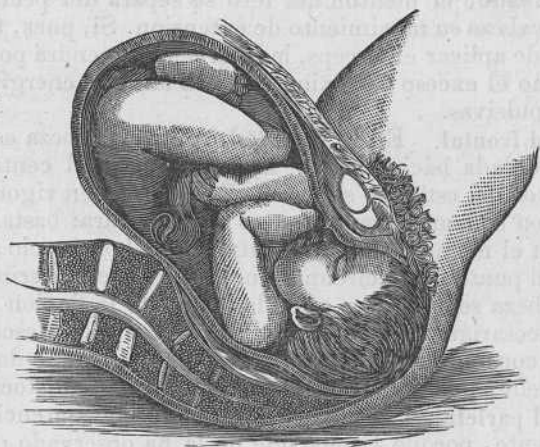


Figura 96.

Presentacion de vértice en occipito-posterior persistente.

la posicion en occipito-anterior, lo cual no tendría inconveniente alguno ejecutado con prudencia. Tendría más probabilidades de buen éxito que si se intentara la rotacion con los dedos, como se ha aconsejado.

Otra causa de suspension del parto reside en las presentaciones inclinadas de la cabeza en el estrecho superior.

Los autores han admitido que el vértice podría presentar al estrecho superior cuatro variedades de inclinacion anormales, ó presentaciones irregulares. La cabeza muy doblada: variedad occipital; algo extendida: variedad frontal; inclinada lateralmente á derecha ó izquierda: variedades parietales, derecha é izquierda.

**Variedad occipital.** Dejo ya expuestos los motivos que me obligan á rechazar la variedad llamada occipital. Los resumiré en pocas palabras. La cortedad del cuello no permite mayor flexion que la que se verifica en el momento de romperse la bolsa, cuando el orificio uterino es un obstáculo para la progresion del feto. La barbilla apoyada contra el pecho es una barrera insuperable que limita la flexion. Finalmente, no se encuentra en los autores más que un solo ejemplo, y dudoso, que pertenece á Delamotte.

Se ha dicho que persistiendo la flexion, apoyado el feto en el suelo perineal, podía ser un obstáculo para la terminacion del

parto. La lentitud que se observa en estos casos en manera alguna depende de la flexion exagerada, sino más bien de la resistencia del periné, que coincide á menudo con contracciones poco enérgicas. Inmediatamente que cede el periné formando un plano inclinado, el menton del feto se separa del pecho y comienza la cabeza su movimiento de extension. Si, pues, tenemos necesidad de aplicar el forceps, la intervencion tendrá por objeto corregir, no el exceso de flexion, sino la falta de energía de las fuerzas expulsivas.

**Variedad frontal.** En la variedad frontal la cabeza está ligeramente doblada hácia atras y la frente ocupa el centro poco más ó menos del estrecho superior. Es posible, en rigor, que la presentacion se transforme entonces en la de cara; bastaría para ello que en el momento de una contraccion el occipucio se detuviera en un punto de la circunferencia del orificio uterino.

Si la cabeza se encaja en variedad frontal, la flexion se completará necesariamente durante el movimiento de descenso, y terminará con regularidad el parto. Un ligero grado de extension no puede, pues, considerarse como causa de distocia.

**Variedad parietal.** Esta variedad merece más atencion: no muy frecuente, porque Lachapelle no la ha observado más que diez veces, y seis Mm. Boivin en un total de 20.517 partos.

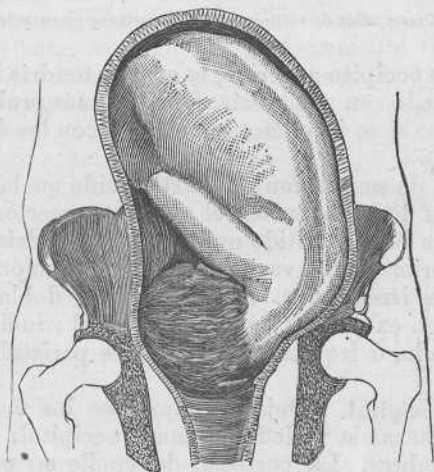


Figura 97.

Presentacion irregular de vértice en variedad parietal.

No hay necesidad de intervenir sino rara vez, porque la desviacion se corrige generalmente en el curso del parto.

Al final del embarazo, cuando el líquido amniótico no es muy abundante, el feto está poco movable en la cavidad uterina, su

eje mayor se confunde con el de la matriz, el cual se aproxima mucho al de la excavacion. Pero la criatura puede haber experimentado un ligero cambio de lugar en su totalidad, ó haber dado el primer paso hácia una presentacion de tronco. Posible es, en fin, que parte de la cabeza tienda á colocarse encima del pubis ó en una de las fosas iliacas. Este estado debe pasar comunmente desapercibido, porque se corrige con facilidad despues de rotas las membranas. Puede persistir, sin embargo, y exagerarse por las contracciones; entonces el vértice se apoya en el borde del estrecho superior, y la cabeza se dobla lateralmente hasta que la parte superior del tronco viene á fijarse en el punto opuesto del estrecho. Sucede en este caso algo análogo á lo que se observa en la presentacion de cara. La parte superior del tronco y la cabeza no pueden encajarse al mismo tiempo en la excavacion; por lo tanto, la cabeza queda inmovil por encima del estrecho, hasta que por deslizamiento se desprende y endereza, ó hasta que se interviene.

El diagnóstico de esta variedad de presentacion es bastante fácil. El dedo explorador toca la oreja, fácil de conocer; y la direccion del lóbulo, así como la depresion de la region cervical, permiten establecer claramente en qué posicion se encuentra la cabeza. Danyau y Cazeaux citan un caso cada uno de inclinacion parietal bastante curioso. La cabeza se encajó en esta postura y la desviacion persistió hasta el suelo perineal.

En el primer caso el parto se terminó con el forceps, y en el segundo fué espontáneo el enderezamiento.

Preciso es admitir que el feto era pequeño, ó la pelvis bastante ancha; ó que era incompleta la inclinacion; porque en circunstancias normales no puede admitir la excavacion á la cabeza acompañada de una parte del hombro, que es lo que se hubiera verificado si la inclinacion hubiese sido muy pronunciada.

Cuando esta anomalía se conoce en el estrecho superior, la intervencion debe practicarse por maniobras externas, como cree Dugès haberlo hecho felizmente en varios casos. Se podrá intentar tambien extraer la cabeza con una rama de forceps, aplicada como una palanca sobre el vértice, procurando dislocar al mismo tiempo el cuerpo por maniobras exteriores. Por último, si no dieran resultado, se recurrirá á la version. En seis casos, Boivin ha tenido que practicarla cinco veces.

**Presentacion de cara.** La presentacion de cara no es por sí misma causa de distocia, mas que cuando la barbilla queda hácia atras en vez de experimentar el movimiento de rotacion que debe conducirla hácia adelante. Dejo ya expuesta la necesidad absoluta de este movimiento de rotacion, que cuando falta, da lugar á la distocia. No es muy comun este accidente, puesto que no ha habido necesidad de intervenir, segun Mme. Lachapelle, más que 15 veces en 103 partos de cara.

La mayor parte de los autores citan, sin embargo, observa-

ciones en las que, á pesar de la falta de este movimiento de rotacion, ha salido espontáneamente el feto. Se dice que la presentacion se ha transformado entonces en la de vértice; que el menton encajado en la escotadura ciática ha permitido descender al occipucio; que éste, directamente situado detras de la sínfisis pubiana, se ha colocado debajo del arco y ha permitido la flexion; que la criatura ha podido desprenderse por detras; y, por último, que la cara ha salido en posicion transversal. Pero estos hechos, poco numerosos y que son casi los mismos, repetidos por todos los autores, se refieren á abortos, á fetos muertos ó de muy pequeño volumen.

Lo repito, porque es una ley fundamental: en los casos en que las relaciones de los diámetros de la madre y del feto son las normales, no puede verificarse el parto cuando falta el movimiento rotatorio que ha de conducir el menton debajo de la sínfisis pubiana.

En estas circunstancias debe aplicarse el forceps, que determina artificialmente el tiempo que ha faltado. Algunas veces el movimiento ha de ser bastante extenso y traspasar el cuarto de círculo asignado como límite; porque casos pertenecientes á Dubois y á Blot, prueban que el peligro de luxar el atlas sobre el axis es menor de lo que se temía. A este medio debemos recurrir, sin intentar siquiera la imposible maniobra de bajar el occipucio ó transformar en presentacion de vértice la de cara.

Puede suceder que la cara, inmovilizada por la larga duracion del parto, no obedezca á la accion del forceps, y que sea preciso apelar á la craneotomía para terminar el parto, como refiere Cazeaux un ejemplo. Pajot ha tenido que recurrir dos veces tambien á esta última operacion.

**Presentacion inclinada de cara.** La que se observa con alguna más frecuencia es la variedad frontal. Dejo expuestas las razones que obligan á referirla á las presentaciones de vértice.

Las inclinaciones de la cara ó variedades males están representadas en la ciencia sólo por tres casos: uno pertenece á Lachapelle y los otros dos á Mauriceau.

Por último, la variedad mento-cervical, en la cual la barbilla y la parte anterior del cuello ocupan el estrecho superior, no se ha observado más que dos veces por Lachapelle y Delamotte, y eran incompletas.

La intervencion en estos casos, prodigiosamente raros, no difiere de la que hemos expuesto para el vértice; sólo es preciso tener en cuenta la necesidad de conducir la barbilla hácia adelante, si no se hace la version.

**Presentaciones pelvianas.** La presentacion de pelvis no puede considerarse tampoco como causa de distocia. Sin embargo, Moreau cree que cuando se presenta la criatura en posicion sacro-sacra se ve uno obligado *casi siempre* á intervenir.

Esta opinion no es hija sólo de la teoría, porque cita la ob-



servacion siguiente : « Hemos asistido á una mujer en la que el feto se presentó de este modo : sobrevinieron graves accidentes, entre otros, escaras de más de 6 pulgadas de extension, y temimos por mucho tiempo una fistula vesico-vaginal. Hubo rasgadura no sólo del periné, sino tambien del recto. » Sería útil saber sobre cuantos casos ha recaído la observacion de Moreau, y si este hecho desgraciado no le ha predisuesto, sin conocerlo, á generalizar demasiado los peligros de esta posicion. De todos modos, no se presenta con tanta frecuencia el accidente, porque las posiciones sacro-sacras son, al parecer, excesivamente raras.

Baudelocque admite que el volumen considerable de las nalgas puede, tratándose de una pelvis normal, exigir auxilio para terminar el parto. Considero necesario, para que este resultado se verifique, que haya por parte de la madre algunas complicaciones, tales como estrechez de la pelvis, inercia uterina ó que el feto sea de un volumen anormal. Por lo comun se amoldan perfectamente las nalgas á las partes que atraviesan, y en los experimentos en que simulaba estrecheces considerables de la pelvis, siempre las he visto pasar con facilidad.

Se ha dado en estas circunstancias el consejo de hacer bajar los piés ; esto es bueno en teoría, pero llevado al terreno de la práctica es con frecuencia impracticable, á menos que no se presenten las dificultades antes del encaje. Pero es, sobre todo, en el momento en que la presentacion atraviesa las partes blandas, cuando se presentan los accidentes, y claro está que no se los puede prever de antemano, ni hay medio alguno de determinar con exactitud el volumen de las nalgas, mientras no se encajen en la pelvis ; no revelándose, por lo tanto, la naturaleza del peligro hasta que la presentacion llega al suelo perineal, y entonces no es tiempo ya de obrar ; á menos que sean accesibles los piés, lo que no es comun, porque no se pueden rechazar las nalgas para desdoblar los miembros inferiores. Debemos, pues, contemplar casi pasivamente el obstáculo de la posicion, y el único recurso que poseemos consiste en enganchar el pliegue de la ingle con el dedo ó el gancho obtuso, lo que apresurará ciertamente la terminacion del parto, siendo con frecuencia lo único que debemos procurar obtener. Pero el volumen de las partes que se presentan no se modificará en manera alguna, y los peligros que se temen subsistirán por completo.

Estos temores exagerados deberían tener lógicamente por resultado prescribir la intervencion, es decir, el desdoblamiento de los miembros inferiores en todas las presentaciones pelvianas, antes de que se enajara en la excavacion. No creo que se adopte jamas semejante práctica.

En resumen, cuando el parto se hace lento, en presentacion de extremidad pelviana, se desprenden los piés, si son accesibles, y están colocados cerca de las nalgas, ó se hacen tracciones moderadas del pliegue de la ingle, con el dedo ó con el gancho romo.

Las presentaciones de pelvis llamadas inclinadas no pueden aceptarse como causa de distocia, y ya dejo expuestas las razones en que me fundo. Cuando el parto se encuentra detenido por una presentacion pelviana inclinada, existe entonces una oblicuidad pronunciada del útero, cuyo eje mayor está en una direccion anormal. Llamado por un compañero para asistir un parto de esta naturaleza, que no terminaba, aun cuando la dilatacion era completa hacía varias horas, me bastó rectificar una oblicuidad anterior del útero para que el encaje se hiciera casi inmediatamente. Una hora despues había terminado el parto sin otra ayuda.

**Presentacion de tronco.** La presentacion del plano lateral del feto es una causa esencial de distocia. La naturaleza expulsa á veces el feto en esta posicion con sus solos recursos y el parto lleva entonces el nombre de *evolucion espontánea*. Esta terminacion es tan fatal para la madre y el hijo que no atenúa en nada la fórmula absoluta que coloca todas las presentaciones de tronco en la distocia.

La manera de intervenir consiste en practicar la version por maniobras exteriores antes de romperse las membranas, con objeto de colocar en el estrecho superior una de las extremidades del eje mayor del feto. La naturaleza consigue á veces espontáneamente este cambio, que lleva el nombre de *version espontánea*.

Si las maniobras exteriores son impotentes, se recurre lo más pronto posible á la version intrauterina.

Cuando se acude demasiado tarde, la maniobra es á veces difícil ó imposible, á consecuencia de la retraccion permanente del útero, que inmoviliza por completo á la criatura. En este caso debemos procurar obtener la relajacion del órgano por medio de enemas laudanizados que paralizan sus contracciones. Es preciso administrarlas con mucho cuidado, á fin de obtener una sedacion que no alcance los límites de la inercia completa. Entonces la maniobra se hace practicable.

Finalmente, como último recurso, se apela á la embriotomía.

#### DISTOCIA CAUSADA POR LA PROCIDENCIA Ó DIRECCION VICIOSA DE LOS MIEMBROS DEL FETO.

La procidencia de los miembros rara vez es causa de distocia, y sólo cuando se encajan con la cabeza es cuando sobrevienen algunas dificultades. Una mano ó un brazo caidos en una pelvis normal no impiden ordinariamente la marcha del parto y los movimientos se verifican con regularidad. El inconveniente de este fenómeno es el que el miembro sirve con frecuencia de conductor al cordon umbilical. Ademas se observa la salida completa del líquido amniótico; por lo cual es bueno intentar la reduccion desde el principio, es decir, desde el momento en que

es posible, si hay alguna razon para temer que el parto sea algo lento. La procidencia de ambos brazos es una complicacion más grave, y si bien se han visto casos en que el parto ha terminado de un modo espontáneo, no sería prudente en estas circunstancias constituirse en simple espectador. Preciso será, pues, reducir los miembros y sostenerlos con la mano hasta que la cabeza, aplicada al orificio uterino, les impida caer de nuevo, ó que un movimiento espontáneo de la criatura los mantenga reducidos. Si fuera imposible volverlos á colocar por encima del estrecho superior y estuviera gravemente entorpecido el parto, se aplicaría el forceps, que generalmente tiene buen éxito.

Más grave parece la procidencia de un pié en la cabeza. Cazeaux cita un ejemplo en que tuvo que apelar á la embriotomía en una múltipara. Es verdad que tenía la mujer la pelvis estrecha, y que todos sus partos habían sido laboriosos, sin que vivieran los fetos que dió á luz. En este caso el pié encajado con la cara estaba de tal modo inmóvil, que fué tan imposible extraerlo como rechazarlo. Refiere Cazeaux otra observacion de Leflème: el embarazo era doble; el primer niño fué expulsado espontáneamente; el segundo se presentó en posicion mentopubiana complicada con procidencia de la mano derecha y del pié del mismo lado, cuyo talon estaba vuelto hácia el pubis. Fué imposible elevar la cabeza; se aplicó el forceps inútilmente, y la mujer sucumbió sin dar á luz.

La procidencia de los miembros inferiores es bastante rara en la presentacion de vértice. He recogido algunas observaciones, que prueban que si el pronóstico poco lisonjero de Cazeaux está justificado hasta cierto punto, hay casos en los que esta procidencia tiene menos gravedad.

Doherty observó una vez el prolapso del pié izquierdo y del cordon umbilical. La pelvis era algo estrecha y las tentativas de tracciones sobre el pié fueron infructuosas, por lo cual se perforó el cráneo, y el parto terminó con trabajo.

Mauriceau fué más afortunado en un caso de la misma naturaleza, y en el que, á pesar de la procidencia de los piés y de las manos, pudo, despues de haber rechazado la cabeza, extraer al feto tirando de los miembros inferiores. Igualmente obtuvo un resultado favorable en un parto de gemelos, empleando el mismo procedimiento de extraccion; el segundo feto estaba detenido por la procidencia de un pié y una mano. Delamotte, en presencia del prolapso de un pié, de una mano y del cordon umbilical, rechazó la cabeza é hizo la extraccion por el mismo método. En otro caso reconoció la procidencia de las dos manos, de un pié y del cordon con una presentacion de vértice; rechazó la cabeza é hizo la version.

Harris cita un caso del mismo género. La mano izquierda salía por la vulva, los piés habían descendido á la vagina á pesar del encaje de la cabeza. Se hizo la aplicacion del forceps; la

criatura había muerto antes del parto. Esta observacion es interesante ; es de admirar que ni la presencia de las dos piernas, ni la de los brazos hayan impedido la expulsion. El autor no indica el volumen de la cabeza, y es lástima ; pero aún suponiéndola, como es probable, poco voluminosa, difícilmente se explica por qué mecanismo ha podido verificarse esta procidencia.

En casos análogos considero imprudente imitar la conducta de Harris : valdría más, si fuera posible, rechazar la extremidad cefálica y hacer la version, que recurrir al forceps. Es imposible prever de antemano las complicaciones que pueden sobrevenir por la presencia de estos miembros procidentes cuando la cabeza llegue á la excavacion. Probablemente habrá necesidad de mutilar la criatura, y aunque esto sea una eventualidad que se puede vencer, debemos, si es posible, no exponernos á ella, si se puede proceder de otro modo. Gallizani tuvo que practicar la decolacion del feto á causa de una procidencia de los dos brazos, que hizo imposible la version.

En las presentaciones pelvianas sucede muy á menudo, sobre todo si la impaciencia del cirujano ó las necesidades del parto han acelerado la extraccion, que queden los brazos en la pelvis, elevados y puestos á los lados de la cabeza. Esta complicacion puede ser grave si se la desconoce y si se hacen tracciones sobre el cuerpo del feto. Los esfuerzos enérgicos comprometerán su existencia, ya por las lesiones de la médula, ya porque permaneciendo la cabeza en la excavacion puede comprimir el cordon umbilical. Tendrán, ademas, el inconveniente de hacer más penosa la maniobra y enclavar en cierto modo la cabeza, detenida por esta estrechez artificial.

Es preciso, pues, tan luego como el accidente se manifiesta, cesar en las tracciones y desprender primero el miembro que se encuentra hácia atras, para lo cual se introducen los dedos hasta la articulacion húmero-cubital, de modo que sirvan de férulas para evitar la fractura del brazo, que será conducido hácia el plano anterior del feto. Si el miembro estuviera demasiado comprimido contra la pelvis, para que se pudiera con facilidad alcanzarle, se comunicaría al cuerpo del feto un ligero movimiento de rotacion que facilitará extraordinariamente la maniobra.

Puede presentarse un cambio en la direccion de los miembros, más dificultoso todavía, sobre todo cuando se ha dado al cuerpo del feto un movimiento de rotacion para conducir su plano posterior hácia delante, sea en la version, sea en la presentacion pelviana. Puede suceder que uno de los brazos no siga el movimiento y se quede por detras del tronco. Durante la extraccion sube, y detenido por el pubis, se coloca detras de la nuca, siguiendo una marcha ascendente. Es posible tambien que el brazo, elevado en el momento de la rotacion, venga á ocupar el mismo sitio y llegue á la nuca de arriba abajo. Este cruzamiento de los brazos detras de la nuca es uno de los obstáculos más

graves para la expulsión de la criatura, y es absolutamente preciso deshacerlo.

La corrección es con frecuencia sumamente difícil, porque el brazo se encuentra cogido entre la pelvis y la cabeza, siendo muy penosa la maniobra, puesto que necesariamente ha de seguir el miembro para desprenderse el mismo camino que le condujo hasta la nuca. Si el cruzamiento se ha hecho de arriba á abajo (lo que se conocerá por la mayor distancia entre el ángulo del omoplato y la línea media), se empujará el miembro hácia arriba; si, por el contrario, ha seguido una marcha ascendente (lo que estará indicado por la mayor proximidad del ángulo del omoplato á la columna vertebral), se desprenderá el brazo hácia abajo.

Simpson ha observado un caso de distocia por desviación de los miembros, que es muy interesante por su rareza. Por lo común el cruzamiento de los brazos detras de la nuca se verifica en las presentaciones de pelvis; pero en el caso que refiere este autor se manifestó en una de vértece. El antebrazo izquierdo estaba colocado transversalmente detras de la cabeza. Simpson cogió la mano y la llevó hácia delante y abajo á fin de convertirla en una simple procidencia; despues, viendo que no adelantaba el parto, y que los latidos del corazón fetal anunciaban su estado de sufrimiento, terminó el parto por la version, extrayendo un niño vivo.

#### DISTOCIA POR INCLUSION PARASITARIA.

Hay una causa de distocia bastante rara que ningun autor ha indicado todavía, y de la cual he podido reunir suficientes casos para creerme con derecho á formar una clase especial. Está constituida por lo que llamaré *distocia fetal por inclusion parasitaria*.

En estos casos, un feto desarrollado dentro de otro forma por su volumen un tumor capaz de dificultar el parto. No me ocuparé del desarrollo de estas anomalías, sino tan sólo del obstáculo que oponen al parto. En mi tesis de agregación he referido siete observaciones.

La primera, de Chedevergne, inclusion en la region glútea; la segunda, de Capuron, inclusion perineal; la tercera, de Martin, de Lyon, en el mismo sitio; la cuarta, de Wils, en la region sacra; la quinta, de Lasone, en el mismo punto: las otras dos las he tomado de Constantino Paul; uno de los tumores estaba situado en la region lumbar y el otro en el sacro-perineal.

Rubio ha publicado un hecho de la misma naturaleza. El feto incluso era hidrocefálico.

Deroque refiere algunos casos de inclusion parasitaria; pero si bien era de suponer que el volumen de los tumores debiera oponer algun obstáculo al parto, la falta completa de detalles respecto á la expulsión me obliga á pasarlos en silencio.



El diagnóstico de estos tumores nunca ha podido hacerse hasta despues de expulsado el feto. Se encuentran situados en la region inferior del tronco, y en las presentaciones de vértice no se manifiesta el obstáculo hasta que ha salido por la vulva parte del feto. Comunmente es bastante difícil, cuando el cuerpo llena la vagina, llevar la mano hasta el útero para conocer la causa que detiene el parto. Se reconocería á lo más la presencia de un tumor de base ancha, pero se ignoraría su naturaleza. Hay, sin embargo, un dato importante para el diagnóstico, y es que el quiste líquido encierra partes duras y sólidas. Nada semejante se encuentra en ninguno de los tumores fetales que tienen otro origen.

Ninguno de estos tumores era inferior al volumen de la cabeza, y algunos le excedían en dos veces, y hasta eran en volumen mayores que el cuerpo del niño, y, sin embargo, parece que el parto se terminó en todos los casos mediante tracciones enérgicas, sin dividir el tumor, si se exceptúa la observacion de Capuron, en que se abrió el quiste.

Se concibe que en semejante caso el profesor debe ocuparse solamente de la salvacion de la madre. Si la anomalía permite en rigor al feto que viva algun tiempo cuando el tumor es pequeño, siempre se le ha visto sucumbir cuando es bastante considerable para dificultar el parto. La conducta que debe seguirse está, pues, trazada de antemano. Despues de tracciones suficientemente enérgicas é infructuosas, se hace la puncion del quiste, sale el agua, y las partes sólidas, á menudo incompletas é informes, que constituyen los restos del feto endócimo, no presentan una masa capaz de dificultar la extraccion.

Indicaré otra forma de oclusion fetal que puede ser causa de distocia, de la cual sólo he hallado un caso sumamente curioso, que pertenece á Lauverjat.

En un parto, el estrecho abdominal se encontró ocupado por un tumor voluminoso que impedía el encaje de la cabeza; se hizo la version y se extrajo una criatura muerta, despues de violentos esfuerzos. La mujer sucumbió y en la autopsia se encontró el tumor constituido por un quiste fetal situado en el ovario.

#### DISTOCIA OCASIONADA POR LA PRESENCIA DE FETOS MÚLTIPLES, AISLADOS Ó ADHERIDOS.

**Fetos aislados.** Las preñeces múltiples dan lugar rara vez á casos de distocia fetal, porque el pedueño volumen de las criaturas hace fácil su expulsion. Puede suceder, sin embargo, que esta circunstancia favorezca el encaje simultáneo de dos partes voluminosas, y que el parto se encuentre gravemente entorpecido en su marcha.

**Presentacion de dos cabezas.** Cuando se presentan las dos cabezas al mismo tiempo, las contracciones producen comun-

mente una dislocacion, por la cual una es rechazada hácia la fosa iliaca y permite encajarse á la otra, sin que vuelva á presentarse la primera hasta que se halla libre el estrecho. Por pequeños que sean los fetos de tiempo, es de suponer que su diámetro bi-parietal no mida menos de 7 á 8 centímetros, lo que da un total de 14 ó 16, muy superior á la capacidad de la excavacion para que su encaje sea simultáneo. No se comprende, pues, la posibilidad de este encaje más que cuando los fetos han experimentado una suspension de desarrollo que los separa de las condiciones normales, ó cuando uno de los dos ha muerto en época anterior y no es más que un feto abortivo; sin embargo, Allan ha observado un parto gemelo espontáneo, á pesar del encaje de los dos vértices al mismo tiempo.

Mejor se concibe que la segunda cabeza se aloje en la depression cervical del primer feto y se encaje en esta situacion. Estos casos son más raros de lo que se cree. Chailly lo ha observado una vez; elevó la segunda cabeza, que se oponía á la salida del otro feto, y el parto terminó con bastante rapidez. El embarazo era triple. El ejemplo dado por Chailly será la mejor regla de conducta que debe seguirse.

Si las dos cabezas hubieran podido descender, y se hubieran inmovilizado en la excavacion antes de que hayamos podido oponernos á ello, se aplicaría el forceps sobre la que estuviera más accesible. Si no fuera bastante, se recurriría al cefalotribo.

PRESENTACION DE UN VÉRTICE Y UNA NALGA. — Esta disposicion de los fetos ha presentado, más que ninguna otra, ejemplos de distocia. La extremidad cefálica de uno de los fetos encajada por la pelvis se encuentra todavía por encima del estrecho superior; la cabeza del otro viene á alojarse en su depression cervical; entonces el primero arrastra al segundo, como el lazo de una cuerda arrastra al tapon contenido en una botella. La salida del feto medio expulsado en presentacion pelviana y que marchaba bien, se encuentra detenida, y la ignorancia en que estamos de este accidente, hace que practiquemos tracciones que dan por resultado agravar el caso, encajando más unas partes demasiado voluminosas para salir juntas.

No es posible formular de antemano la conducta que debe seguirse en semejante caso. El volumen de los fetos, su grado de encaje y la inmovilidad de las partes contenidas en la excavacion, son circunstancias que influirán en el modo de proceder que elijamos.

En este punto, los mejores preceptos que pueden darse, consisten en exponer los resultados obtenidos por los diferentes profesores que se han encontrado enfrente de estas dificultades.

En las observaciones de Allan, Lachapelle, Clough, Fryer, de Dublin, Dugès y Hædrich, el parto terminó por la expulsion de las dos cabezas despues de simples tracciones; la del segundo niño salió la primera y al mismo tiempo que el cuerpo

del primero. Las criaturas sucumbieron, lo que se explica por la compresion que experimentaron.

Enaux, no pudiendo rechazar la cabeza del feto contenido en el útero, aplicó á ella el forceps, mientras que un ayudante levantaba hácia el pubis de la madre la criatura, cuyo cuerpo había salido en parte. De esta manera extrajo primero el que hubiera nacido el último.

En los casos de Balfour, las dos cabezas estaban enganchadas por el menton; aplicó el forceps á la cabeza accesible, haciendo tracciones sobre el cuerpo del niño expulsado en parte; éste nació el primero, y el otro se extrajo fácilmente; las criaturas, que eran de poco volumen, sobrevivieron al parto.

Carrière hizo igualmente la aplicacion del forceps sobre el gemelo superior, que nació vivo; el otro, muy elevado hácia el pubis de la madre durante la operacion, se extrajo en seguida, muerto.

Calise pudo rechazar la cabeza, que se había enclavado en la region cervical del feto que presentaba la pelvis; este último fué expulsado rápidamente, y el otro se extrajo despues por la version.

No fué tan feliz Eton en un caso análogo; inmovilizadas las cabezas, resistieron á las maniobras hechas para desprenderlas, y tuvo necesidad de decapitar el feto, cuyo cuerpo había sido en parte expulsado, para poder extraer el otro, contenido todavía en el útero.

UNO DE LOS FETOS EN PRESENTACION DE HOMBRO Y EL OTRO EN PRESENTACION PELVIANA Ó DE VÉRTICE. — Baudelocque fué testigo de un parto en el cual una de las criaturas presentaba el hombro y la otra la pelvis. La cabeza de esta última, detenida por encima del estrecho superior por la situacion transversal de su hermano, no podía ser expulsada. Despues de seis dias de un trabajo impotente, fué llamado Baudelocque; pero la mujer acababa de espirar y los fetos estaban muertos.

El mismo autor cita un caso que pertenece á Solayrès, y en el cual uno de los fetos presentaba el hombro y el otro el vértice; la cabeza de este último estaba encajada en la excavacion, pero su salida se encontraba invenciblemente detenida por el cuerpo del otro, colocado al traves. Solayrès extrajo los dos niños muertos.

Jacquemier ha observado un caso completamente análogo. Uno de los fetos, cuya cabeza penetraba en la excavacion pelviana, estaba en primera posicion de vértice; el otro, que formaba el obstáculo, en segunda de hombro izquierdo; la mujer murió antes de parir. Las criaturas estaban muertas.

En estos casos es difícil determinar el procedimiento operatorio que debe seguirse. Obstruida la excavacion por la presencia de una cabeza, no deja á la mano que explora más que un espacio sumamente limitado, no sólo para rechazar al segundo feto,

sino hasta para reconocer su posicion. La cabeza está demasiado encajada para tener esperanza de hacerla subir, y la salida de las aguas, rápida y muy pronto completa, inmoviliza los fetos en su situacion anormal. La version es, pues, casi imposible y el fórceps no daría tampoco mejores resultados; sin embargo, preciso sería intentar su aplicacion. El cefalotribo, triturando la cabeza, no destruiría el obstáculo, porque es el hombro, y no la cabeza, el que se encuentra detenido; sin embargo, la trituration del pecho, al disminuir la parte superior del tronco, permitiría quizás el deslizamiento y la extraccion del feto cuya cabeza se hallase encajada.

En semejante caso preferiría desembarazar la excavacion decapitando al feto que se encuentra encajado en ella, y terminar el parto por una doble version.

Bartscher ha observado las singulares relaciones de un feto en presentacion pelviana, cabalgando sobre su hermano, colocado transversalmente. Bartscher redujo los piés é hizo la version de la otra criatura. Los dos salieron vivos á pesar de los esfuerzos de extraccion practicados en ausencia de Bartscher por una comadre que no supo reconocer el estado del parto.

**DOBLE PRESENTACION PELVIANA.**—La presencia de varios miembros inferiores en la excavacion puede ser causa de distocia cuando se hacen tracciones imprudentes sobre dos miembros que corresponden á fetos distintos y encajados por sus extremidades pelvianas. Puede presentarse una especie de enclavamiento muy difícil de reducir.

En un embarazo triple, Pleisman, citado por Cazeaux, encontró el orificio uterino obliterado por partes encajadas que le parecieron á primera vista manos y piés en abundancia. Eran cuatro miembros inferiores que habían salido hasta las rodillas. Pudo remediar estas procidencias suspendiendo á la mujer por las corvas y repitiendo las tentativas de reduccion, que habían fracasado antes, pero que tuvieron completo resultado cuando se colocó á la mujer de este modo.

No es ésta una idea absolutamente nueva, porque se remonta hasta Hipócrates; pero es ingeniosa y se podrá quizás obtener de ella buenos resultados si la matriz no está demasiado retraida y contiene todavía líquido amniótico.

En estos casos, cuando se quiere hacer la extraccion, es importante conocer si los miembros que se presentan pertenecen á un mismo feto, para lo cual se introduce la mano hasta la altura de las caderas siguiendo su trayecto.

Las dificultades considerables á que puede dar lugar la expulsion simultánea de dos fetos no se manifiestan comunmente hasta que se ha detenido el parto. En estos casos, para hacer el diagnóstico diferencial y no agravar la situacion con maniobras intempestivas, es necesario introducir la mano en la cavidad uterina, cuando es posible, á fin de conocer de una manera exacta

las relaciones de los fetos entre sí. En las tentativas de exploracion, si uno de los huevos está intacto, nos guardaremos bien de romperlo por temor de aumentar las complicaciones que pudieran resultar de poner en libertad el segundo feto.

**Gemelos adheridos.** La multiplicidad de formas, las variedades en el modo de adherirse los gemelos, y, sobre todo, la terminacion, tan diferente en los partos de esta naturaleza en casos al parecer idénticos, hacen sumamente difícil el estudio de esta causa de distocia.

En efecto. ¿Se puede, aun introduciendo la mano en el útero, determinar el volumen de las partes, su configuracion y las conexiones de los fetos? ¿Se puede prever la combinacion de las relaciones que estos dos seres pagados afectarán con la pelvis? En el mayor número de casos es evidentemente imposible.

El diagnóstico diferencial de monstruosidad semejante jamás se ha hecho antes que el obstáculo al parto lo haya detenido por algun tiempo, y á veces hasta despues del nacimiento. Los caracteres que se han indicado para hacer sospechar la adherencia de los fetos no tienen valor alguno, y únicamente cuando la mano, introducida en el útero, ha podido explorar con cuidado las relaciones fetales, se ha llegado á conocer la anomalía.

Aun admitiendo adquiridas estas nociones, se cae todavía en lo imprevisto: no se trata aquí del mecanismo del parto con una sola cabeza ó un solo cuerpo; ni existen reglas ni tiempos, cuya evolucion sucesiva dicte al práctico la manera de intervenir que debe ejecutar.

Así Baudelocque, á quien su inmensa experiencia había puesto enfrente de todas las dificultades de la práctica, dijo (1781) acerca de este asunto:

«Si el parto ha podido verificarse alguna vez por los solos esfuerzos de la naturaleza, á pesar de una conformacion tan singular y monstruosa, estos ejemplos, lejos de darnos reglas que pudiéramos aplicar en casos semejantes, no hacen más que arrojar más incertidumbre acerca del partido que debemos tomar.»

Más de medio siglo ha pasado desde que el ilustre profesor escribió esta triste y desconsoladora apreciacion, pudiendo decirse que es tan verdadera hoy como el dia en que la formuló. La posicion de los fetos y la habilidad del comadron tienen grande importancia en la manera de terminar el parto; pero más bien es en la espontaneidad de su talento que en las teorías fundadas en hipótesis donde encuentra el profesor los motivos de sus determinaciones.

En general, la expulsion de los fetos adheridos por un punto limitado del cuerpo, sobre todo si este punto está por debajo del ombligo, se hace bastante fácil y hasta espontáneamente.

Las dificultades que surgen á causa de la presentacion de dos cabezas á la vez, son tanto mayores cuanto más cerca del occipucio esté la soldadura.



Al hablar del parto laborioso en casos de gemelos aislados, he indicado las diferentes complicaciones que son consecuencia de su encaje simultáneo. La mayor parte de estas complicaciones pueden presentarse cuando están adheridos los fetos; sólo que en estos casos son más graves por la misma adherencia. Las indicaciones que hay que llenar son casi las mismas; pero, lo repito, en razón á las variedades que se encuentran en este género de distocia, es difícil determinar de antemano la manera de intervenir. A veces la version, comunmente el forceps y rara vez el cefalotribo serán necesarios para terminar el parto.

Hay un principio que no debe olvidarse jamas, y es que, en caso de peligro, deben sacrificarse siempre los fetos á la salvacion de la madre.

He reunido gran número de observaciones de partos de gemelos adheridos, porque no son raras en la ciencia, y se han publicado casi todos los casos que se han visto; pero las contradictorias conclusiones que pueden deducirse de estos datos y los resultados tan diferentes que el mismo género de monstruosidad ha presentado, me obligan á pasarlos en silencio.

La educacion tocológica del profesor tiene por base cierto número de principios fundamentales, de casos previstos para los que puede trazarse la regla de conducta. La combinacion de estos principios le da la clave de las situaciones imprevistas. Dado un obstáculo, se abandona la solucion á su tacto, á su talento y experiencia, debiendo saber apropiarse á la naturaleza del problema la manera de intervenir más conveniente.

#### DISTOCIA POR ERROR DE LUGAR EN EL DESARROLLO DEL FETO. — PREÑEZ EXTRAUTERINA.

La preñez extrauterina está caracterizada por el desarrollo del feto fuera de la cavidad de la matriz. Hemos expuesto ya el mecanismo de la marcha del huevo desde el ovario hasta el sitio donde normalmente se desarrolla. El pabellon de la trompa abraza al ovario y coge al germen que ha de recorrer este conducto; pero puede suceder que el germen eluda la prehension de la trompa ó que encuentre en el trayecto del oviducto un obstáculo capaz de impedir su llegada á la cavidad uterina, y entonces se incrusta y se desarrolla en el punto anormal en que se encuentra detenido, constituyendo uno de los casos de distocia fetal más irremediables.

Admitimos que las preñeces extrauterinas pueden dividirse en: 1.º ováricas; 2.º abdominales; 3.º tubarias, y 4.º intersticiales.

**Preñeces ováricas.** Boehmer creía: 1.º que la preñez podía ser intraovárica; es decir, que el quiste fetal se desarrolle en el ovario sin rotura previa de la vesícula de Graaf ni de la cubierta peritoneal de la glándula; 2.º que la preñez puede ser extra-

ovárica ; es decir, que despues de rota la cápsula queda adherido el huevo á la superficie del ovario.

Velpeau niega la primera de estas formas, porque no cree posible la fecundacion sin rotura previa de la vesícula, y porque las observaciones que se citan en su apoyo no son concluyentes. El mismo Velpeau ha creído á primera vista que se trataba de preñeces ováricas en cuatro casos de su práctica ; pero disecciones más atentas vinieron á demostrar que los productos de la concepcion estaban situados fuera completamente de la glándula. Las membranas de nueva formacion, desarrolladas por esta causa, simulaban un fenómeno que no existía.

Velpeau, aun admitiendo la posibilidad de la segunda forma (extraovárica), pone en duda, sin embargo, que haya sido alguna vez verdaderamente observada.

Hay en esta divergencia de opiniones una cuestion de hecho y otra de principio. Admito, con mi sabio maestro, que la preñez extraovárica no se haya observado todavía de una manera indudable, pero considero prematuro declararla imposible. He dado á conocer las tendencias de Coste á admitir la impregnación intraovárica. Mientras esta hipótesis no tenga solucion, creo prudente no afirmar nada.

Se encuentran á veces en los ovarios quistes llamados pilosos, y que contienen cabellos, dientes, huesos y materia grasa.

Los cabellos son con frecuencia largos y vedijosos ; los dientes, implantados en un fragmento óseo, pueden ser numerosos, presentar los caracteres de la primera y segunda denticion ; pero los huesos son, en general, informes, sin que se les pueda referir á ningun punto del esqueleto.

Alquíé ha encontrado diez de estos quistes pilosos en una sola mujer.

Algunos autores han considerado estos quistes como restos de una preñez intraovárica. Esta opinion es poco admisible por las razones siguientes : Hay entre estos residuos informes y los productos de la concepcion extrauterina desarrollados en otras regiones tales diferencias, que es casi imposible atribuirles un origen comun. Los fetos extrauterinos han conservado sus formas, y se conocen todas sus partes. Los quistes pilosos, fuera de los cabellos y los dientes, sólo contienen rudimentos aislados de sér humano. Todos son semejantes entre sí, y sus caracteres son enteramente comunes. Una razon decisiva, que los hace diferenciar de las preñeces extrauterinas, es que se los observa, no sólo en mujeres adultas, sino tambien en niñas no púberes, en recién nacidos, y, por último, hasta en el hombre mismo se han presentado ejemplos. Jamas se encuentra en ninguno de estos tumores indicios de placenta.

No pueden, pues, aceptarse estos quistes más que como inclusiones parasitarias, como producto de una fecundacion abortada desarrollada en un feto normal.

**Preñez abdominal ó peritoneal.** El huevo fecundado, en vez de ser cogido por el pabellon de la trompa, cae en el abdomen, se implanta en un punto cualquiera de esta cavidad y se desarrolla en ella.

La preñez abdominal, negada durante mucho tiempo, no puede serlo en la actualidad, porque numerosos hechos han demostrado su evidencia. Es muy probable que se refieran á la variedad abdominal los casos que se han indicado de preñeces ováricas. El huevo implantado en la proximidad del ovario ha determinado adherencias accidentales con esta glándula, que han sido la causa del error de los autores.

**Preñez tubaria.** Encajado el huevo en la trompa, encuentra un obstáculo en un punto cualquiera de su longitud y allí se fija, sin poder llegar á la cavidad uterina. Esta variedad es la más frecuente de todas. Se la observa relativamente á las demas en la proporcion de 9 á 3; sorprendiendo que no sea todavía más frecuente cuando se considera la poca anchura y la forma del oviducto, que se estrecha al acercarse al útero; de suerte, que el óvulo, que aumenta de volumen á medida que progresa, se ve obligado á recorrer un conducto cuyo diámetro va disminuyendo.

El huevo puede ocupar todos los puntos de la trompa, desde el pabellon, el cual forma eminencia cuando aumenta de volumen, hasta la proximidad de la cavidad de la matriz, en que puede asomarse.

Se ha descrito con el nombre de preñez utero-tubaria una variedad, en la que el huevo, fijo en la trompa, forma eminencia en el útero. Me parece que esta variedad debe referirse á la preñez tubaria sencilla.

Detenido el huevo en la trompa, y en un punto muy cerca de la cavidad uterina, forma naturalmente eminencia en esta cavidad cuando se desarrolla. En el momento de romperse el quiste, parte del feto puede hallarse entonces en la matriz, pero sólo de un modo accidental, porque el verdadero sitio del embarazo es el oviducto, y hasta despues de la division del huevo no ocupa el feto la trompa y el útero. Velpeau, á pesar de admitirla en su clasificacion, no parece creer en ella.

Stoltz ha reunido varias observaciones de rotura del útero, consideradas sin razon por los autores como preñeces tubarias terminadas por rotura del quiste. En estos casos estaba implantado el huevo en la mitad rudimentaria de una matriz doble. No pudiendo esta mitad prestar la ampliacion suficiente para el desarrollo de un embarazo de todo tiempo, se rompe como en los casos de preñez tubaria.

**Preñez utero-intersticial.** No puede ponerse en duda esta forma extraña y casi inexplicable de preñez extrauterina, porque lo demuestran numerosos hechos bien observados. En estos casos el huevo se desarrolla, al parecer, en el grueso de la pared uterina.

Las razones alegadas por Breschet para explicar esta anomalía, acerca de la cual ha sido uno de los primeros que han llamado la atención en Francia, están lejos de ser satisfactorias. Admite, por las necesidades de la causa que defiende, anomalías de estructura, cuya realidad nada demuestra, ó disposiciones anatómicas erróneas. Es más probable, según la opinión de Velpeau, que la preñez intersticial sea un embarazo de la trompa, desviado. Detenido primero el óvulo en la trompa, cerca de la cavidad uterina, allí se desarrolla dilatando la sustancia muscular del órgano. La terminación del oviducto se halla desviada, por lo que no es posible encontrar el orificio de comunicación, aunque en algunos casos se halla observado. Entonces el huevo se encuentra, al parecer, envuelto por todas partes por el tejido uterino. Considero esta explicación la más verosímil, aunque hace de esta anomalía una simple variedad de la preñez tubaria.

Dezemeris, en su Memoria, ha multiplicado extraordinariamente, y sin ninguna utilidad teórica ni práctica, las formas de preñez extrauterina. A las variedades que acabo de indicar añade las siguientes: subperitoneo-pelviana — tubo-ovárica — tubo-abdominal — tubo-utero-intersticial y tubo-utero-abdominal. Voy á demostrar que son inútiles estas subdivisiones ó que se fundan en errores manifiestos.

1.º *Subperitoneo-pelviana*. — Esta forma es absolutamente imposible, puesto que no hay comunicación alguna que permita pasar el óvulo por debajo del peritoneo. Sería preciso creer en una perforación de esta membrana por el huevo, lo cual es un absurdo. La glándula no emite óvulos por su borde inferior; por lo tanto no puede admitirse la caída del huevo ni su fecundación entre los repliegues del peritoneo que forman los ligamentos anchos.

Dezeimeris ha sido engañado por una circunstancia que ignoraba. Cuando un cuerpo de pequeño volumen cae en la cavidad del peritoneo, inmediatamente se ve rodeado por una membrana accidental que tiene completamente el aspecto de la serosa. Esto es lo que sucede en el caso de caer el huevo; la pretendida preñez subperitoneo-pelviana sólo es, por lo tanto, un embarazo abdominal.

La observación publicada por Decori y Pelvet no es de tal importancia que me haga cambiar de opinión. El título sólo es una contradicción; consideran esta preñez como *subperitoneo-pelviana* y como *tubaria*. Es preciso elegir, porque no puede ser al mismo tiempo una y otra. Si admiten una preñez tubaria primitiva, con rotura del quiste en el ligamento ancho, lo considero posible, aun cuando los detalles de la observación no permitan afirmarlo. Tampoco hay seguridad de que el huevo se haya desarrollado primitivamente en la trompa.

2.º *Tubo-ovárica*; 3.º *tubo abdominal*. — Estas formas no

son más que preñeces tubáricas, en las que se ha encontrado detenido el huevo en el pabellon. No merecen por lo tanto un estudio especial.

4.º *Tubo-útero-intersticial*. — Hé aquí tambien otra variedad de la preñez tubaria que se refiere á la intersticial.

5.º *Utero-tubo-abdominal*. — Esta forma es absolutamente imposible. Los conocimientos exactos que poseemos en la actualidad acerca del desarrollo del huevo, de la evolucion del amnios y de la alantoides no consienten admitir una preñez, en la que la placenta esté contenida en el útero, el cordon en la trompa y el feto en el abdomen. Dezeimeris cita, sin interpretarlas, las observaciones de Patuna, Hunter y Hofmeister. La autoridad de los nombres no es superior al absurdo: se trata manifiestamente en estos casos de roturas de quistes fetales que han ocasionado la muerte de la mujer, y en los que han seguido sus elementos diferentes direcciones á causa del accidente.

#### CAUSAS.

Las causas de las preñeces extrauterinas varían naturalmente con su forma. Si se admite la preñez ovárica, puede suponerse que la abertura de la vesícula de Graaf ha sido insuficiente para dar libre paso al óvulo retenido en el ovario.

La preñez abdominal se explica por no adaptarse exactamente el pabellon de la trompa al ovario. No siendo dirigido el óvulo hácia el oviducto, cae en la cavidad peritoneal, en donde se desarrolla. Antes que se conociera exactamente el mecanismo de la concepcion, admitían los autores que una emocion viva en el acto del coito podía, paralizando la trompa, favorecer la caída del huevo en el abdomen. Es probable que esa hipótesis sea exacta, sólo que semejante causa no podía ser eficaz en el momento de la cópula, sino en el acto de la dehiscencia del huevo, porque se sabe que la cópula puede estar separada de la impregnacion por un intervalo de varios dias. Las violencias indicadas como causas obrarían del mismo modo. Es posible tambien que un ovario, accidentalmente demasiado voluminoso, no pueda ser abrazado por completo por el pabellon, y que el óvulo sea expulsado por un punto no comprendido en la esfera de accion de la trompa.

Se ha atribuido tambien á la disposicion anatómica, indicada por Richard, de pabellones supernumerarios en el trayecto del oviducto, diciendo que podia escaparse el huevo por una de estas aberturas anormales, pero no hay nada que apoye esta suposicion. Las pestañas vibrátiles que favorecen la marcha del huevo están dirigidas en un sentido que se opone á que retroceda.

Las causas que detienen el óvulo en el trayecto de la trompa pueden ser casi inapreciables, y, sin embargo, suficientes para



determinar la preñez tubaria: la menor alteracion de textura constituye un grave obstáculo en un tubo tan estrecho, recorrido por un cuerpo sin resistencia y tan débilmente impulsado.

#### DIAGNOSTICO Y SINTOMAS.

Con frecuencia la madre sucumbe ántes de sospecharse la preñez, y en los casos raros en que llega á su término, es algunas veces tan difícil el diagnóstico, que los profesores más experimentados la han desconocido cuando existía y han creído observarla en el caso contrario.

Los dolores hipogástricos, los vómitos y demas signos probables, los movimientos del feto y los fenómenos que proporciona la auscultacion no tienen verdaderamente nada de especial, como tampoco el modo como se desarrolla el vientre, porque si en los primeros tiempos se presenta el tumor en un punto algo lateral del abdomen, no tarda en ocupar la línea media al aumentar de volumen. Cuando el profesor es consultado despues del cuarto mes, comprueba la existencia del embarazo; pero necesita grande habilidad y el concurso de circunstancias especiales para conocer que el feto no se halla contenido en la cavidad uterina. El huevo extrauterino está encerrado en un quiste que da á la palpacion y al tacto las mismas sensaciones que la matriz en gestacion. Es preciso tambien no olvidar que lo raro del accidente aleja la idea de su probabilidad.

La persistencia de las reglas es una circunstancia digna de consideracion cuando existe, lo que no es constante.

La situacion del útero es uno de los puntos más importantes que hay que notar, porque se encuentra rechazado por el tumor del feto, y el cuello, cuya consistencia no ha disminuido, está desviado á causa del movimiento de báscula que experimenta el órgano. Sin embargo, el útero, en las preñeces extrauterinas, está por lo comun aumentado de volumen, y es difícil apreciar en qué proporcion existe en realidad este aumento. El tacto vaginal es muy limitado y sólo permite una exploracion poco extensa: no se puede en estas circunstancias, como para ciertos tumores abdominales, determinar el peloteo que indica la independencia entre el útero y el tumor que se trata de aislar.

Es preciso tambien tener en cuenta los tumores de la excavacion, que pueden complicar el embarazo normal, y las flexiones del útero, cuyo cuerpo, simula un tumor próximo al cuello.

Comunmente el quiste de la preñez extrauterina abdominal corresponde por abajo al fondo de saco posterior de la vagina. En estas circunstancias se encuentra dislocado el cuerpo de la matriz hácia adelante y abajo, y se puede por detras del cuello tocar el quiste fetal; pero tambien ha sucedido que se han creído apreciar estas particularidades cuando el embarazo era normal.

Huguier diagnosticó una preñez extrauterina en una mujer á

quien asistía. La enferma fué examinada por Dubois, Danyau, Robert, Depaul, Marjolin y algunos otros cirujanos. Dubois emitió simples dudas acerca de la realidad de la preñez extrauterina; otros la creyeron, sin afirmarlo tanto como Huguier. En suma, ninguno conoció formalmente que el embarazo era normal, y, sin embargo, la mujer parió espontáneamente en el momento en que se la iba á practicar la operacion.

El diagnóstico de la preñez extrauterina es casi siempre de suma dificultad aún para los hombres más prácticos, que combinan cuidadosamente todas las circunstancias posibles para fundar su opinion.

En los casos en que un conjunto de condiciones favorables permitiera obtener acerca de este asunto casi la certidumbre, la exploracion de la cavidad uterina con la sonda daría á conocer si el órgano se encontraba distendido por el producto de la concepcion ó si se hallaba en estado de vacuidad. Stolz ha empleado con buen éxito este procedimiento, y debiera recurrirse á él siempre, antes de practicar la operacion.

No hablaremos del diagnóstico diferencial respecto al sitio exacto de esta anomalía, porque su determinacion es imposible al principio, y más tarde, cuando los signos dejan entrever alguna probabilidad, sólo se encuentran los de la preñez abdominal.

#### CURSO Y TERMINACIONES.

La preñez abdominal es la única forma de embarazo extrauterino que puede llegar á término sin que se rompa el quiste; en todas las demas sobreviene este accidente en una época más ó menos próxima á la fecundacion, siendo muy raro que pase del cuarto mes. La poca extensibilidad de los órganos en que se desarrolla el feto deja comprender que no pueden ampliarse más allá de ciertos límites.

Bajo este concepto dividiré la preñez extrauterina en dos clases: 1.<sup>a</sup> las que pueden llegar hasta el término; 2.<sup>a</sup> las que son fatalmente interrumpidas en su curso por la rotura de los quistes. Esta es la única clasificacion que presenta verdaderamente una importancia práctica. Las diversas formas que dejo enumeradas, por seguir la tradicion, sólo tienen un interes puramente anatómico, y con frecuencia despues de la muerte es imposible todavía determinar su sitio preciso.

Cuando el huevo extrauterino se ha desarrollado en un punto de la trompa ó del ovario, se rompe del primero al cuarto mes; el accidente determina una hemorragia y una peritonitis traumática rápidamente mortal, viéndose entonces desarrollarse los síntomas que hemos expuesto al tratar de las roturas del útero. Sin embargo, es posible que la mujer sobreviva á esta causa de muerte casi inevitable, y que el feto se enquiste en el peritoneo, y es lo que Dezeimeris llamaba preñez abdominal secundaria.

Puede suceder que se rompa el quiste fetal, y que su abertura, bastante estrecha, no de paso más que al líquido amniótico que se derrama en el peritoneo con el producto de la hemorragia; este derrame basta para producir accidentes mortales.

Algunas veces contrae el quiste adherencia con los órganos próximos, abriéndose entonces en la vejiga, el recto, el estómago ó á traves de la pared abdominal. Los restos putrefactos salen en fragmentos por estas diferentes vías accidentales; habiendo sido necesario varias veces practicar la talla para extraer de la vejiga los huesos de fetos que se habían alojado en ella por este mecanismo.

Comunmente sucumbe la madre por falta de fuerzas en el curso de estas supuraciones tan prolongadas y por las flegmasías que sobrevienen en el acto de la extraccion. En ocasiones salva todos estos peligros y se cura completamente ó conservando alguna fístula.

Puede suceder tambien que muera el feto en una época poco adelantada de su desarrollo y que quede indefinidamente enquistado sin que se inflame el saco que lo contiene.

Las preñeces peritoneales siguen con frecuencia su curso hasta el término. Entonces se presentan dolores semejantes á los del parto normal; duran cuatro ó cinco dias y despues se calman. Si el embarazo se prolonga por varios años, no es raro verlos reproducirse periódicamente á intervalos variables.

Dezeimeris ha notado que salen durante este falso parto mucosidades, sangre y hasta restos de caduca. Señala igualmente un principio de dilatacion del cuello, que se contrae sobre el dedo que penetra en su cavidad. Se ha dicho tambien que el quiste fetal era asiento de contracciones; pero esto es poco probable, y por lo demas casi imposible de demostrar.

En esta época del embarazo la mujer experimenta la calentura láctea, y fluye de sus pechos leche como despues del parto normal. El feto sucumbe en una época variable, pero puede pasar de los nueve meses. Cazeaux refiere que Grossi ha comprobado su vitalidad hasta los catorce meses. Despues de su muerte, el producto de la concepcion experimenta diversas modificaciones: 1.º se absorben los líquidos del huevo; el feto se deseca, se momifica y sus partes blandas se convierten en jabon animal. Dezeimeris cree tambien que pueden experimentar una transformacion cretácea y ósea. Las cubiertas del huevo se engruesan, se endurecen y se admite tambien en ellas la transformacion cartilaginosa y ósea. Cuando llega á este estado, puede prolongarse varios años la preñez extrauterina, y se citan algunas que han durado cincuenta años. Es raro que la mujer goce en estas circunstancias de una salud completa sin trastornos ni dolores. A veces sucumbe al cabo de algunos años por una inflamacion, ó por una rotura tardía del quiste. Se ha visto tambien sobrevenir la muerte por una especie de aniquilamiento, sin que ninguna

lesion anatómica de las cubiertas fetales explicará el accidente. La preñez extra uterina no excluye la posibilidad de una nueva fecundacion, y se han visto mujeres que, presentando esta anomalía habían tenido varios embarazos normales que terminaron de un modo favorable.

Por último, los quistes de la preñez extra uterina pueden contener dos gemelos, de lo cual Haydon ha observado un caso.

2.º Muerto el feto, el saco que lo encierra se inflama y se transforma en un verdadero foco purulento; el producto de la concepcion se pudre, adquiere adherencias con los órganos próximos, y se ven presentarse los accidentes de expulsion que hemos indicado más arriba.

Los *Boletines de la Sociedad Anatómica* (1846) contienen una estadística de 84 fetos que proceden de embarazos extrauterinos; 45 habían muerto hacía muy poco tiempo, por lo cual no habían experimentado ninguna transformacion. De los otros 39,8 estaban momificados, 7 petrificados, 4 incrustados y los otros 20 podridos.

#### ANATOMIA PATOLOGICA.

Inútil es recordar los diferentes sitios que puede ocupar el quiste fetal extrauterino. Corresponde á los diversos puntos que hemos señalado al enumerar las formas de esta anomalía. Su volumen es sumamente variable, porque continúa creciendo hasta su rotura ó hasta la muerte del feto, entrando entonces en un período de transformacion.

En la preñez abdominal se han visto adherencias del quiste con diferentes regiones del tubo digestivo, con la vejiga ó con la pared del vientre.

Al exponer el curso y terminacion de las preñeces extrauterinas, hemos examinado las modificaciones que experimenta el feto. Sólo tenemos, pues, que ocuparnos del quiste y de los fenómenos á que da lugar su evolucion.

El huevo extrauterino está necesariamente constituido por dos membranas fundamentales: el córion y el amnios, que son absolutamente indispensables para el desarrollo del feto. La falta de una de estas membranas no es más que aparente; pueden eludir la observacion mal hecha ó hallarse confundidas con la pared externa del quiste, á consecuencia de su alteracion; pero su existencia, lo repito, está íntimamente ligada con el desarrollo de la criatura.

Faltan, sin embargo, estas membranas, cuando despues de roto el quiste cambia de lugar el feto y se pone en relacion con nuevos órganos, por ejemplo, en lo que se ha llamado con poca propiedad preñez abdominal *secundaria*. Desde este mismo instante deja de vivir el feto, y aun admitiendo que se formen alrededor de él nuevas cubiertas, no se puede dar el nombre de gestacion secundaria á semejante enquistamiento.

En los huevos extrauterinos falta la caduca, porque se sabe que esta membrana pertenece al útero y posee una organizacion especial que no puede reproducirse en los órganos en que se desarrolla accidentalmente el feto. Las paredes de la trompa, el peritoneo y las demas regiones que rodean al quiste pueden contraer con él directamente, ó por el intermedio de un tejido celular accidental, adherencias que le proporcionen una tercera membrana; pero su organizacion no tiene analogía alguna con la caduca. En los puntos en que se implanta el huevo, la circulacion se hace más activa y aparecen muchos y voluminosos vasos para nutrir al nuevo sér. Hé aquí el hecho aparente. En cuanto al mecanismo íntimo de las conexiones vasculares, estamos reducidos á suposiciones. Se ignora si se forman verdaderos senos ó si las vellosidades están simplemente implantadas en los tejidos engrosados y fungosas que rodean al huevo.

Como las observaciones de preñeces extrauterinas son excesivamente numerosas, no son los hechos los que faltan, sino los buenos observadores; así que despues de conocida tan exactamente la constitucion del huevo, no se encuentran en los casos publicados todos los detalles que pudieran aclarar este interesante punto de la cuestion.

Sin embargo, Hélie, de Nante ha dado á conocer un caso muy notable de preñez tubaria terminada por rotura á los dos meses y medio. Las vellosidades cubrían todavía la superficie total del huevo, lo cual no sucede en esta época en el embarazo normal. Eran cortas, pero espesas, en las tres cuartas partes de la extension del córion, y muy desarrolladas en la otra cuarta parte, en donde se las veía apretadas ó comprimidas las unas contra las otras. En este punto era en el que se implantaba el cordon umbilical. Segun esta observacion, parece que las vellosidades de la periferia que deben atrofiarse persisten mucho más tiempo que en la preñez uterina, en razon de la insuficiencia de los vasos maternos destinados á su nutricion, y que por la misma causa se forma más tarde la placenta.

El caso de Hélie pone ademas en relieve otra circunstancia importante, hasta aquí incompletamente determinada, relativa á la caduca. El volumen del útero había aumentado considerablemente, su tejido estaba más blando y sus fibras musculares en vía de evolucion. La mucosa estaba hinchada, presentando mamelones y unida íntimamente á la capa muscular en sus dos tercios superiores; en el tercio inferior estaba, por el contrario, desprendida del tejido subyacente por una verdadera exfoliacion, formando en este punto un embudo flotante provisto de un agujero de tres milímetros, que correspondía al orificio del cuello. El límite que la separaba de la mucosa del cuello existía en el mismo punto en que se la observa en la preñez normal. Esta disposicion es bastante clara en un dibujo, bien ejecutado, que el sabio maestro ha tenido á bien remitirme.



Está, pues, fuera de duda que en la preñez extrauterina puede exfoliarse la mucosa de la matriz y formar por lo menos una ca-duca parcial que se expulsa en una época indeterminada. En estos casos esta membrana no puede ser más que parietal y carece de hoja refleja.

La vascularidad considerable que se desarrolla en el quiste fetal explica las hemorragias mortales que se presentan en el acto de romperse.

Cuando la preñez se prolonga, las cubiertas del quiste se engruesan y experimentan una transformacion cartilaginosa ó cre-tácea. Las vísceras que se hallan en contacto con el quiste están comunmente unidas por bridas celulosas que pronto se organizan, de manera que es muy difícil aislar el tumor. En fin, cuando la inflamacion se apodera del quiste, produce en él perforaciones que le hacen comunicar con los órganos huecos con que se encuentra en relacion.

#### TRATAMIENTO.

En la inmensa mayoría de los casos, el arte es impotente para socorrer á la mujer que tiene un embarazo extrauterino. El diagnóstico de esta preñez es casi imposible en los primeros meses. Ahora bien, en esta época es en la que con más frecuencia se rompe el quiste. Hemos visto que la preñez abdominal era la única que podia llegar á término; todas las demas no pasan del cuarto mes.

Aparte de la hemorragia considerable que se verifica en el abdomen, la rotura del quiste determina una peritonitis traumática. El arte no tiene medios de conjurar estos peligros, y aún cuando se reconociera la verdadera causa de estos terribles accidentes, tendríamos que apelar al tratamiento de la peritonitis traumática: opio á grandes dosis y sangrías locales. No creo que se decida ninguno en este período del embarazo á practicar una operacion para extraer los cuerpos extraños que encierre el peritoneo.

En algunos casos, el quiste, despues de haber contraído adherencias periféricas, se abre en un órgano próximo ó al exterior. Cuando lo hace al exterior, Velpeau aconseja agrandar la abertura por medio del desbridamiento múltiple, para dar más amplia salida al feto. Nuestro sabio maestro no desconoce los peligros de semejante operacion, que más de una vez ha causado la muerte de la madre. Yo considero ménos temible dilatar estas heridas mediante la esponja preparada.

Cuando algunas partes del esqueleto han pasado á la vejiga, lo que permite conocer el cateterismo, se podria librar de ellas á la mujer por la talla vaginal. Esta operacion se ha practicado varias veces con buen resultado en semejantes circunstancias. Pero si el quiste comunica con el intestino, no puede intentarse nada

absolutamente, y la naturaleza es la encargada de la expulsion. En algunos de estos casos se ha curado la mujer.

Cuando está más adelantada la preñez y parece exacto el diagnóstico, se ha propuesto la gastrotomía. Comprobada la vida del feto podría hasta cierto punto autorizar semejante operacion, que por lo demas ha salido bien algunas veces. Velpeau casi se inclina á aconsejarla, aun cuando se hubiera verificado la rotura del quiste en el peritoneo.

Se ha propuesto hacer la operacion en dos tiempos: la primera incision llegaría hasta el peritoneo con el objeto de provocar adherencias. Al cabo de algunos dias se abriría el quiste. Tambien se ha aconsejado llegar á su cavidad empleando los cáusticos. Este método cuenta con algunos resultados favorables.

Si el quiste es accesible por la vagina, se elegiría esta vía para extraer al feto, practicando una incision y aplicando el forceps si fuera posible.

La muerte del feto, antes de romperse ó inflamarse el quiste, es una circunstancia muy favorable para la existencia de la mujer; porque entonces se detiene la preñez en su desarrollo y puede salvar los peligros de su situacion, si no para siempre, por lo menos por un tiempo indeterminado. Esta manera de resolver la cuestion ha preocupado á muchos autores, sólo que les faltan por completo los medios de accion, y no citaré más que para recuerdo las fricciones mercuriales, que dieron (¿quién lo diría?) buen resultado á Schleiser; las píldoras de cornezuelo de centeno, empleadas por Ritgen; la electricidad y las sangrías, aconsejadas por Cazeaux.

No es probable que llegue á modificarse la vitalidad del feto obrando sobre el estado general de la madre, y los agentes que pueden determinar pretendidas contracciones en las paredes del quiste, serian más bien capaces de aumentar el peligro que de disminuirlo.

En mi tesis de agregacion he indicado un procedimiento que considero apropiado para llenar la doble indicacion de penetrar directamente en el huevo sin que corra la madre graves peligros.

Ya sabemos cual es la tolerancia de los tejidos para las punciones capilares; sabemos que no despiertan simpatías notables ni aun en los órganos que no consienten intervencion quirúrgica alguna, en los que la más pequeña lesion con los instrumentos ordinarios ocasiona á los enfermos los más graves peligros.

Conocemos tambien los poderosos recursos que la química moderna nos ha proporcionado con el descubrimiento de los alcaloides, que en pequeño volumen producen efectos tan formidables, pues bastan algunos centigramos de estricnina ó de atropina para ocasionar la muerte.

El medio que he propuesto consiste en la puncion capilar y la inyeccion de estricnina ó atropina.

Diagnosticada la preñez extrauterina, aunque se desconoce su sitio exacto, el tumor es accesible á la palpacion. Se circunscribe su superficie y se la fija aproximándola lo que se pueda á la pared del vientre; despues con un trócar capilar se penetra en su interior y se inyecta con la jeringuilla de Pravaz un centígramo de atropina diluido en algunas gotas de agua.

Pueden suceder dos cosas: ó el alcaloide ha penetrado en el feto y su muerte es casi inmediata, ó ha penetrado en los líquidos del huevo. Entónces es posible que no exista un cambio activo entre el líquido amniótico y el feto, pero que haya, sin embargo, la absorcion bastante para producir su muerte. Si la operacion no diera resultado, se repetiría hasta que el trocar llegara á punzar al feto.

Esta inyeccion no puede tener efecto alguno dañoso para la madre, porque el líquido amniótico no es reabsorbido por el organismo materno sino de una manera lenta, y el alcaloide se absorbería en fracciones tan débiles que seria imposible que la mujer corriera el menor riesgo.

Un año despues de publicada mi tesis, Friedreich (de Heidelberg), sin citarme por cierto, puso en práctica mi idea y determinó la muerte del feto en una preñez extrauterina, haciendo una inyeccion narcótica por mi procedimiento.

He propuesto tambien este medio para ciertos casos de vómitos incoercibles, de lo cual hablaremos al tratar de este asunto.

#### DISTOCIA POR REUNION Ó FUSION DE UNA PARTE DEL FETO CON LA MATRIZ Ó LOS ELEMENTOS DEL HUEVO.

**Adherencias del feto con la matriz.**— Esta causa de distocia fetal es rara, puesto que ha pasado desapercibida completamente para nuestros clásicos. Sin embargo, los ejemplos que de ella refiero son bastante concluyentes para permitirme formar una clase nueva.

J. Hall, en un caso en que se retrasaba la terminacion del parto, introdujo la mano en el útero y encontró un tumor piriforme constituido por la pared interna del órgano, que había sido arrastrada hácia el interior por una brida que se adhería al prepucio y escroto del niño. El parto terminó al dia siguiente por la rotura de esta brida.

Steimmetz, en un caso de presentacion pelviana y despues de enérgicos é inútiles esfuerzos de traccion, introdujo la mano en la matriz y encontró la adherencia íntima entre el hombro derecho del feto y la parte correspondiente del útero. Se hizo la operacion cesárea, muriendo la mujer ántes de concluirla. Se encontró entónces la fusion completa entre la pared uterina y los elementos del feto; los ovarios y la matriz estaban hipertrofiados. Hácia los seis meses de embarazo, la mujer, á cada movimiento de la criatura, sentía intensos dolores en la parte dere-

cha del bajo vientre, en el punto en que existían las adherencias. El feto estaba muerto.

Este es uno de los casos que desconciertan á los prácticos más hábiles; sin embargo, hacer la operacion cesárea en una mujer, cuya criatura está muerta, me repugna extraordinariamente, y preferiría intentar cortar la adherencia anormal interesando los tejidos del feto.

**Adherencias del feto con la placenta.** — Veremos en seguida que la brevedad del cordon constituye caso de distocia; la adherencia del feto á la placenta es tambien una causa mucho más manifiesta todavía de suspension del parto. Es necesario separar este órgano del útero para que sea posible la extraccion del feto.

R. Lee ha publicado un caso de adherencia de la placenta á la region frontal por una brida formada por el amnios y el córion. Esta brida, de ocho líneas de ancho por pulgada y media de largo, se unía á las membranas del cerebro por una abertura de dos centímetros de diámetro.

Portal, en un caso análogo, observó que la brida arrancaba del parietal derecho. El niño pertenecía á la variedad de monstruos *notencéfalos*; sus miembros estaban torcidos, como se ve tan á menudo en semejantes casos.

Costallat ha presentado á la Academia de Medicina un feto, cuya placenta se insertaba en la línea media de la cara. Viéndose los restos de membranas repartidos por la cabeza, los brazos y el cuerpo. Existía una espina bífida en el sacro.

Breschet ha visto un feto soldado á la placenta por la pared del abdomen. Además, la region lumbar presentaba una desviacion del axis.

Chaussier recibió un feto deforme que dió algunas señales de vida al nacer. Sus miembros abdominales estaban vueltos hácia la espalda, y la pared del vientre adherida directamente á la placenta.

Lauray, en una presentacion de hombros, hizo la version y extrajo un feto que vivió treinta y seis horas, y en el que la piel de la cabeza estaba soldada á la placenta.

J. Pies, en una presentacion de hombro, hizo igualmente la version, y con mucho trabajo pudo extraer el feto. Salió con la placenta, á la que estaba unido por tres colgajos membranosos irregulares, semejantes á las cubiertas del huevo. El mayor tenía cinco pulgadas de largo, y desde el borde de la placenta se continuaba con la piel de la espalda. El segundo se fijaba en el brazo izquierdo, y el tercero se adhería á la cabeza de la criatura, que tenía varios vicios de conformacion.

Rayer ha presentado á la Sociedad biológica un feto cuyo cráneo estaba pegado á la placenta, y Houel, en su Memoria, cita otros tres que están en el museo de Dupuytren.

Ninguno de los fetos era viable, por ir acompañada esta adherencia anormal de lesiones incompatibles con la persistencia de

la vida. Generalmente es corto el cordón umbilical. En semejantes casos debe hacerse la extracción del feto tan rápidamente como sea posible después de desprendida la placenta, á fin de que permita al útero retraerse y evitar una hemorragia á la madre.

#### DISTOCIA POR DEFORMIDADES DEL FETO.

**Anquilosis.**—La única observación de anquilosis indicada en nuestros tratados de partos es la referida por Busch de un feto cuyos miembros se rompieron por los esfuerzos de la extracción.

Jaencke ha extraído, con fórceps, á una primeriza bien conformada un niño que presentaba la anquilosis de los dos codos y de la articulación escápulo-humeral derecha, y cuyas fontanelas estaban osificadas. Hohl ha referido varios casos de anquilosis análogos al de Busch. Braun ha visto otro semejante.

Bird intervino para terminar el parto en una anquilosis de las dos rodillas en flexión. Werner ha publicado la observación curiosísima de un niño cuya pierna estaba lujada y anquilosada, de manera que su cara anterior estaba en relación con la anterior del muslo. Becourt, haciendo la versión de un feto hidrocefalo al que había perforado el cráneo, experimentó grandes dificultades en la extracción, dependientes de la anquilosis de una rodilla.

Richard Saint-Tomas, llamado para terminar un parto difícil, empleó los mayores esfuerzos para extraer por la versión un feto pseudo-encefálico. El obstáculo procedía de la anquilosis de toda la columna vertebral, que era inflexible.

Si los casos de esta naturaleza han podido hacer laborioso el parto, ninguno al menos ha sido un obstáculo invencible. Es preciso en estas circunstancias hacer las tracciones con suavidad para no romper los miembros anquilosados, lo que por lo demás no sería muy grave.

**Desviaciones vertebrales.**—Nivert, después de haber perforado el cráneo de un feto hidrocefalo, hizo con mucho trabajo su extracción con el fórceps. En el momento en que los hombres franqueaban la vulva, un nuevo obstáculo exigió tracciones muy enérgicas. El obstáculo estaba constituido por una gibosidad de dos pulgadas de sagita que se en enganchaba el púbis.

Montaut, en un feto que presentaba una eventración, y que fué sumamente laborioso extraerlo, observó la inversión hacia atrás de la columna vertebral y que los pies tocaban al occipucio. Existía además una corvadura lateral del raquis, de suerte que el hombro izquierdo se hallaba casi al nivel de la cadera del mismo lado.

Stoltz ha tenido á bien comunicarme una observación de gibosidad congénita, que hizo la extracción del feto muy penosa para el sabio maestro.

Hohl, en su Manual de partos, consigna la nota bibliográfica



de trece casos semejantes ó análogos que han exigido la intervención.

Creo que los casos de distocia por anquilosis de los miembros y gibosidades del feto que he señalado, son bastante numerosos para tener derecho á crear una nueva clase de distocia con este doble título.

No podemos trazar aquí tampoco reglas, porque cada caso tiene su fisonomía propia. Corresponde al práctico aconsejarse de su inteligencia despues de haber examinado cuidadosamente la situacion.

**Monstruosidades por defecto.** — En los casos de acefalia puede terminar el parto espontáneamente. Por lo comun viene la criatura de piés, pero á veces el acéfalo presenta un desarrollo considerable de los hombros y del vientre. En un caso referido por Meyer, hubo necesidad de hacer la embriotomía á causa de una monstruosidad de este género.

M. Geoffroy Saint-Hilaire. (*Tratado de Teratología*) dice que «el volumen considerable del feto *pseudo encefálico* hace necesariamente muy laborioso el parto para la madre». Como no cita hecho alguno, debo limitarme á mencionar la opinion de Geoffroy.

Villeneuve, en un caso de esta especie, sólo pudo terminar el parto con el fórceps. La cabeza, pequenísimá, se había encajado con el hombro en la excavacion, constituyendo un gran obstáculo para la terminacion del parto.

Algunos autores han considerado tambien la falta de los miembros como causa de distocia, que hace necesaria nuestra ayuda. Peu cuenta que le costó mucho trabajo sacar con el gancho á un niño que se parecía á un *pato preparado para el asador*. Tuvo necesidad de apelar al gancho, porque no encontraba más que como unas puntas de alas en donde creía hallar brazos.

Hohl cree tambien que la escrofulosis, haciendo más quebradizos los huesos, es una complicacion para las maniobras. Indico simplemente estas afirmaciones sin concederles mucha importancia.

#### DISTOCIA POR ROTURAS Y LESIONES DETERMINADAS POR EL FETO.

No haré más que mencionar las lesiones de esta naturaleza que determine el feto, porque las otras quedan estudiadas en la distocia materna.

El volumen considerable de la criatura puede producir, por ejemplo, en casos de enfisema, roturas de la vagina, cuyo accidente se ha observado varias veces. Puede ser interesada la vulva por el mismo mecanismo y su rasgadura comprender el periné. Cuando la cabeza llega al estrecho inferior en occípito-posterior no reducida, puede tambien verificarse la rotura. Tambien se ha

observado algunas veces pasar el feto entre la vulva y el ano á traves de una perforacion central del periné.

Pueden considerarse igualmente como lesiones traumáticas dependientes del feto las contusiones, las gangrenas y fistulas consecutivas determinadas por su permanencia demasiado prolongada en el estrecho superior ó en la excavacion despues de rota la bolsa.

Algunos autores de la antigüedad creían que el feto podia determinar con sus movimientos la rotura de la matriz sana; indico sólo como recuerdo esta opinion, que nadie acepta hoy dia.

#### DISTOCIA POR TUMORES ADHERIDOS AL FETO.

Difícil seria clasificar, siguiendo un órden anatómico, los tumores que se desarrollan en la periferia del feto. Su naturaleza es muy variable, y el examen de los casos que he hallado en las colecciones no se ha hecho siempre con bastante cuidado para que se pueda determinar de una manera exacta qué elementos los constituían.

Se los observa principalmente en la base de la columna vertebral, mas rara vez en la cabeza ó en la region del cuello. Su forma y su consistencia han ocasionado más de un error de diagnóstico, y en muchos casos se ha podido creer en una preñez doble con encaje simultáneo de la cabeza del segundo feto. La manera de intervenir no puede preverse de antemano, debe inspirarse en las circunstancias. Sin embargo, hay un principio que es necesario no olvidar, y es, que en caso de monstruosidad ó de anomalía del feto, todos los cuidados deben dirigirse á conservar la existencia de la madre, sacrificando el niño á la salvacion de aquella. Con frecuencia el contenido de estos tumores es líquido, circunstancia favorable, porque entónces basta una punccion para destruir el obstáculo. Cuando los tumores son sólidos y oponen á la terminacion del parto un impedimento bastante considerable para que corra la madre algunos peligros, deben cortarse los pedículos si la base de implantacion es estrecha, ó dividirlos con el bisturí cuando son de base ancha.

En mi tesis de agregacion he referido diez y seis ejemplos de estos tumores bastante voluminosos para constituir un obstáculo al parto, de los cuales once eran líquidos y cinco sólidos. Su descripcion seria de poco interes, por lo cual la suprimo.

En este capítulo he debido únicamente analizar las observaciones que justifican la clasificacion y divisiones nuevas que he adoptado. Casi todas se hallan igualmente detalladas en la tesis que he sostenido acerca de este asunto.

## DISTOCIA CUYA CAUSA CORRESPONDE A LOS ANEJOS DEL FETO.

### ALUMBRAMIENTO COMPLICADO Ó ARTIFICIAL.

El alumbramiento artificial consiste en introducir más ó menos completamente la mano en el útero para buscar la placenta. Reunidos los dedos en forma de cono, á fin de que ocupen menos espacio, se presentan al orificio de la vulva, colocando el pulgar en la concavidad de la palma de la mano. La introduccion se hace suavemente y por ligeros movimientos rotatorios, con objeto de evitar dolores á la enferma. Si el útero está contraído, su orificio interno puede ser un obstáculo, que se vence por lo comun con facilidad, introduciendo sucesivamente los dedos á traves del anillo cervical. Todo esto debe hacerse con prudencia y cuidado, evitando emplear bruscamente un esfuerzo enérgico. La mano izquierda se aplicará sobre el fondo de la matriz para fijarla é impedir que suba.

El alumbramiento artificial lo exigen diversas causas que corresponden á diferentes capítulos de la distocia. La mayor parte de ellas las hemos estudiado ya, por lo que nos limitaremos á enumerarlas.

1.º Inercia uterina; 2.º hemorragia; 3.º contracciones irregulares espasmódicas.

Nos quedan por examinar las causas pertenecientes á la placenta, que exigen á menudo el alumbramiento artificial y son las siguientes: 4.º adherencia anormal de la placenta; 5.º volumen excesivo; 6.º rotura del cordon umbilical; 7.º convulsiones. Esta última causa se estudiará al tratar de la eclampsia.

### CAUSAS DE DISTOCIA CORRESPONDIENTES Á LA PLACENTA.

**Adherencia anormal.** Esta anomalía es sumamente rara, y su verdadera causa no se ha demostrado aún. Examinemos las diversas opiniones emitidas acerca de este asunto.

Se ha atribuido la adherencia anormal á la alteracion laminosa y cretácea de la placenta. Ningun hecho demuestra la realidad de esta hipótesis, porque en los casos en que se han observado estas degeneraciones no hay noticia de que haya presentado el alumbramiento circunstancias particulares. Por mi parte he recibido placentas que presentaban degeneraciones laminosas y cretáceas y el alumbramiento ha sido completamente espontáneo.

Stoltz y algunos autores han atribuido esta adherencia á coágulos sanguíneos reducidos á placas ó á depósitos fibrinosos. Como la sangre derramada en nuestros tejidos se convierte en cuerpo extraño, considero imposible admitir que los vestigios que queden en ella puedan organizarse lo suficiente para deter-

minar en algun modo la soldadura de las partes que los contienen.

Se ha admitido que, á consecuencia de un estado flojístico, se verificaba la transformacion célula-fibrosa de la capa epitelial cubierta por la placenta. No se ha reflexionado acerca del trastorno profundo que semejante cambio produciría en la nutricion del feto, cuando toda la placenta presentara una adherencia anormal. Claro está que no podría verificarse el cambio de los elementos nutritivos, si el epitelium hipertrofiado de la mucosa uterina, que penetra entre las vellosidades, perdiera su permeabilidad, tan necesaria para su funcion; y, sin embargo, no se ha visto que estuviera el feto enfermo ni débil en los casos de adherencia de la placenta.

El estudio de las inflamaciones de la placenta no es bastante completo que autorice á concederles alguna importancia en su adherencia anormal. Mordret, que ha observado un gran número, dedujo que la inflamacion es extraña á esta anomalía. Creo que se podría atribuir simplemente á una exageracion del estado fisiológico. Los medios de union entre la placenta y el útero son más ó menos íntimos; así que unas veces se desprenden parcialmente durante el embarazo por causas inapreciables ó insignificantes, y otras, por el contrario, su adherencia es demasiado íntima. La adherencia anormal presenta una extension variable; puede ocupar toda la superficie del órgano ó limitarse á una region circunscrita. Puede ser tan íntima que resista los mayores esfuerzos, ó que ceda con bastante facilidad ante una intervencion inteligente.

El diagnóstico de la adherencia anormal sólo puede hacerse por exclusion. Cuando estando la matriz bien contraida y permeable su cuello, se hacen tracciones sobre el cordon con bastante energía, y se ve que son inútiles para extraer la placenta, entonces se puede sospechar su adherencia. Sin embargo, sólo despues de varias horas es cuando se hace evidente esta anomalía, porque en condiciones normales la placenta tarda mucho á veces en desprenderse.

Cuando la adherencia es completa, no hay hemorragia; ésta sobreviene, por el contrario, cuando es incompleta y la contraccion uterina insuficiente. El único medio de resolver la cuestion consiste en introducir la mano en la cavidad del útero, siguiendo el trayecto del cordon umbilical.

Las indicaciones en estos casos varían segun los síntomas que se presentan.

Si la adherencia no está complicada con algun accidente, debe esperarse algunas horas, por lo menos, antes de obrar, apelando al cornezuelo de centeno sólo en los casos en que fueran poco enérgicas las contracciones. Mojon ha preconizado las inyecciones de agua fria por la vena umbilical; este procedimiento da por resultado aumentar el volumen del órgano y favorecer así la rotura de sus conexiones, lo que se ha logrado en manos de

su autor. Stoltz, Hatin, Legros y Sandras, han quedado satisfechos de su eficacia. Las tracciones del cordón se repetirán varias veces.

Cuando fallan estos medios y existe hemorragia, todos están de acuerdo acerca de la necesidad de intervenir más activamente. No sucede lo mismo cuando ningún accidente dificulta el alumbramiento. Algunos autores temen las lesiones que el arrancamiento de la placenta puede determinar en el útero, pero la expectación tiene igualmente peligros muy graves, como lo demuestran las estadísticas reunidas por Desjardin.

	Alumbramiento artificial.	Muertes.	Placenta abandonada.	Muertes.
Beck.....	163	6	35	39
Blumhardt y Rieck.	568	62	32	29
A. Stuttgart.....	53	2	»	»
Meissner.....	118	4	»	»
Ulsamer.....	19	1	3	1
Leibetner.....	63	6	»	»
Küstner.....	1.429	69	»	»

Preciso es no conceder una significación demasiado rigurosa á estas estadísticas, porque es muy probable que muchas de las mujeres que figuran en este cuadro hubieran tenido un alumbramiento espontáneo. Basta que al profesor le falte la paciencia, para que crea necesaria una intervención de que en rigor podría dispensarse.

También es posible que las tentativas demasiado enérgicas y desgraciadas hayan influido algo en la muerte de las mujeres que han sucumbido sin haber expulsado las secundinas.

Sin embargo, concediendo alguna importancia á las probabilidades, estas estadísticas demuestran que la expectación ofrece condiciones mucho más desfavorables que la intervención. Así todos los modernos recurren al alumbramiento artificial; sólo que le circunscriben en los límites marcados por la prudencia, y si después de esfuerzos moderados para desprender la placenta, continúa adherida, extraen lo que pueden y abandonan el resto.

No siempre es fácil conocer la inserción placentaria cuando se ha roto el cordón umbilical, y por lo mismo no debe olvidarse tomarlo como guía cuando está intacto. Una vez hallada la inserción, se observa si la adherencia es parcial ó completa, habiéndose aconsejado para destruirla, deslizar la mano extendida entre el útero y la placenta. P. Dubois prefiere coger con toda la mano la parte desprendida y ejercer sobre ella ligeras tracciones para conseguir su desprendimiento.

Si la adherencia es completa, la maniobra exige que seamos muy prudentes; los esfuerzos han de hacerse sobre un punto cerca del borde del órgano, teniendo cuidado de no herir el



útero ; para lo cual, introduciendo el dedo con precaucion en la masa placentaria, se levanta una parte y en ella se toma punto de apoyo. Se abandona á la naturaleza lo que resiste á tracciones moderadas, por temor de arrancar colgajos de matriz, accidente que varias veces se ha observado.

Cuando el profesor es llamado algunos dias despues del parto, debe intentar el alumbramiento. Moreau consiguió penetrar en el órgano y extraer las secundinas á una mujer, víctima de accidentes pútridos, ocho dias despues de haber nacido la criatura.

En época tan tardía es probable que el orificio uterino oponga obstáculos graves para la introduccion de la mano. En este caso se recurrirá á la dilatacion previa del cuello, mediante la esponja ó los dilatadores de Tarnier ó de Barnes.

Dejo ya expuestos los accidentes que se desarrollan á causa de la retencion de la placenta, á lo cual nada tengo que añadir.

**Placenta demasiado voluminosa.** Cuando el dedo reconoce que la placenta desprendida está en el cuello, y que para extraerla son insuficientes las tracciones por el cordon, puede suponerse que la retencion depende del volumen excesivo del órgano, sobre todo si el cuello está blando y no contraído espasmódicamente.

Este volumen exagerado no corresponde, en general, exclusivamente á la placenta, pues sólo se citan tres casos de esta índole ; dos indicados por Velpeau y el otro por Stein. Lo más comun es que el aumento de la masa placentaria dependa del acúmulo de coágulos sanguíneos encerrados en las membranas invertidas, que forman una especie de bolsa por su cara uterina.

Es raro que no llegue á vencerse el obstáculo haciendo tracciones moderadas, pero sostenidas. Sin embargo, no hay que exponerse á romper el cordon umbilical. En casos de esta naturaleza acostumbro á atravesar con el dedo la placenta por un punto cerca de la insercion del cordon, allí donde existen vasos voluminosos y resistentes; despues hago tracciones sobre la masa con el dedo encorvado, y el alumbramiento es fácil.

Se ha aconsejado romper las membranas que contienen los coágulos ; pero los esfuerzos anteriores han colocado el centro de la placenta sobre el del orificio uterino y las membranas son en general inaccesibles.

#### DISTOCIA DEPENDIENTE DEL CORDON Y DE LAS MEMBRANAS.

**Debilidad y rotura del cordon.** La rotura del cordon, que depende de su debilidad ó de tracciones demasiado enérgicas, es una complicacion que debemos evitar en el alumbramiento, porque en los casos que haya necesidad de introducir la mano nos veremos privados de un guía cierto para llegar á la placenta. No siempre es fácil al práctico jóven, cuando la adhe-

cia es completa, distinguir la insercion placentaria, sobre todo si se ha roto el cordon al nivel del órgano.

Se tendrán entonces en cuenta los caracteres siguientes: cuando se toca la placenta no siente la mujer la impresion de los dedos: la region de la matriz en que se inserta el órgano placentario ha aumentado de grueso, apreciándose en este punto un relieve circunscrito por la adherencia; por último, la superficie de la placenta está surcada por los grandes vasos que serpean en su cara fetal, sólo que estos relieves están menos pronunciados cuando ha salido la sangre que los llenaba,

Los cordones delgados y flácidos son menos resistentes que los demas. Lo mismo se ha observado en los que se encuentran infiltrados por serosidad ó por la abundancia anormal de la gelatina de Wharton.

Hemos indicado ya una disposicion especial de los elementos del cordon que se dirigen aisladamente á la placenta, serpeando entre sus membranas; esta disposicion hace más fáciles sus roturas. Cuando hace algun tiempo que la criatura está muerta, el cordon presenta igualmente menos tenacidad.

Es raro que se rompa bruscamente el cordon umbilical, á menos que no sea muy violenta la traccion que se ejerce; por lo comun se producen pequeños cruídos claramente perceptibles por una mano atenta, los cuales preceden á su avulsion. En estos casos es preciso guardarse de hacer traccion alguna, sirviéndonos el cordon únicamente como guía, por si fuera necesario intervenir.

En la mayoría de los casos, y cuando no existe ninguna otra complicacion, la rotura del cordon umbilical determina un simple retardo en el alumbramiento. Se podrá entonces recurrir á la perforacion de la placenta con el dedo, como he indicado más arriba, cuando el órgano ha caido en el orificio uterino.

**Brevedad del cordon.** Mirada esta cuestion bajo el punto de vista de la distocia, ha pasado por fases bastante diversas antes de llegar hasta nosotros. Aceptada por todos los comadrones, desde Mauriceau hasta Baudelocque, como un obstáculo bastante frecuente á la terminacion del parto, Baudelocque, fué el primero que la negó casi completamente, y Gardien, más radical todavía, la negaba del todo. Lachapelle y Dugés no estaban mucho más dispuestos á admitirla. Por último, Desormeaux, Maygrier, Velpeau y Moreau, aun aceptándola, consideran como rarísima esta causa de distocia, y ésta es la opinion que se acepta generalmente en nuestros dias.

Me parece que D'Outrepoint exagera demasiado cuando dice que de cada diez fetos que nacen muertos, tres sucumben á causa de ser el cordon muy corto.

La brevedad del cordon es esencial ó accidental.

En el primer caso, en vez de medir 50 á 60 centímetros, como de ordinario, está reducida á 20 ó 10, y aun menos, porque la

placenta puede estar directamente soldada al feto, como hemos visto en los casos de R. Lee, Portal, Costallat, Breschet, Chaussier, etc. Es muy notable que esta anomalía no exija siempre inevitablemente la operacion.

La brevedad accidental es ocasionada por circulares del cordon alrededor de las partes del feto.

Cuando el cordon es demasiado largo, flota en la cavidad amniótica, y el feto, en sus movimientos activos, pasa á traves de sus asas; entonces se comprende cómo un cordon naturalmente muy largo puede convertirse artificialmente en corto por las circulares que describe alrededor del cuerpo y del cuello del feto.

Las disposiciones que afecta el cordon al arrollarse á la criatura varían en extremo, observándose las más á menudo alrededor del cuello: pero pueden comprender las diferentes partes del cuerpo, sea aislada ó simultáneamente. Se ha visto al cordon pasar entre los muslos, subir por detras de la espalda y arrollarse despues al cuello.

J. Beale, en su estadística acerca de la disposicion y longitud del cordon, que comprende 1.220 observaciones, ha encontrado circulares una vez de cada cinco. Ha notado igualmente en su trayecto tres veces un nudo y otra dos.

Es muy comun encontrar dos ó tres circulares en el cuello. Baudelocque ha contado siete en un caso. Cuando la longitud del cordon se encuentra disminuida por estas circulares, quedando libres algunos centímetros solamente, puede dificultarse la expulsión del feto.

La proporcion de los casos de brevedad del cordon indicada por Devilliers, es de 25 para 800 partos, ó sea 1 por 32, lo que parecería sumamente extraordinario si no hubiera tenido la precaucion de advertir que no ha habido necesidad de aplicar el forceps más que cuatro veces en estas circunstancias. En los demas casos se han visto á veces algunos accidentes, pero en general la brevedad era tan poco notable, que la terminacion del parto fué normal y espontánea.

El diagnóstico de la brevedad del cordon no puede hacerse con exactitud hasta despues de la salida parcial del feto. Esta era la opinion de Baudelocque, Maygrier y Moreau, que yo acepto por completo; y cuando Cazeaux, siguiendo en verdad á otros, habla del diagnóstico y de las indicaciones que presenta esta anomalía *antes de romperse las membranas*, no ha reflexionado en la imposibilidad absoluta de semejante prevision. El obstáculo no existe en esta época, ni surge hasta que el feto abandona la cavidad uterina. Entonces, aunque las membranas estén divididas y encajada la cabeza en la excavacion, no se puede más que sospechar esta causa de retardo en la marcha del parto. Se puede pensar en obstáculos de otra naturaleza, como tumores adheridos á la criatura, la hipertrofia de órganos inter-

nos, etc., que producen un resultado completamente semejante. En la inmensa mayoría de los casos, cuando la cabeza está encajada, no puede introducirse la mano en el útero para comprobar el estado del cordón. No es posible, pues, la certidumbre hasta que la cabeza haya atravesado la vulva, y entonces las circulares ó la brevedad del cordón, que pueden comprobarse, permiten conocer el verdadero estado del problema. Se ha dicho que el diagnóstico era fácil en las presentaciones pelvianas después de la expulsión de las nalgas. Esto es un error; el estado de tirantez del cordón en su porción umbilical significa muy poco bajo este punto de vista, porque puede suceder que esté muy tenso, á partir del ombligo, por circulares alrededor del cuello, y que desde este último punto hasta la placenta tenga todavía una longitud más que suficiente para que en nada dificulte el parto.

Los autores han reunido con cuidado los signos que permiten creer en la brevedad del cordón, y á pesar de que sólo tienen un valor muy limitado, debo hacerlos conocer.

El movimiento de retroceso de la cabeza cuando está encajada, y en el instante que cesa la contracción, es el signo de más importancia que indica la brevedad del cordón umbilical. Fué ya observado por Peu, el primero que se ocupó con alguna atención de esta anomalía. El mecanismo por que se verifica es bastante fácil de comprender. Durante la contracción, la distancia que separa el fondo del útero del estrecho superior está disminuida. Cuando pasa la contracción se levanta la pared uterina y obliga al feto, retenido por el cordón, á seguir este ligero movimiento de ascenso.

Para que este signo tenga todo su valor, es preciso que no haya llegado todavía la cabeza á la vulva ó al periné, porque entonces la elasticidad de las partes blandas basta para hacer subir al feto en el intervalo de las contracciones.

El movimiento es bastante limitado, y sólo prestando alguna atención es como se lo puede comprobar. Se marca principalmente cuando la placenta se inserta hácia el fondo del órgano, y falta casi por completo cuando su inserción se verifica en las paredes laterales.

Busch, Vigand, Carus, Guillemot é Hirtz han indicado un dolor violento que corresponde al punto en que está inserta la placenta, y que aumenta á medida que se encaja el feto. Este dolor sería producido por las tracciones que experimentaría la matriz por la brevedad del cordón; pero Devilliers ha demostrado en sus observaciones que este dolor tiene su origen fuera del útero. Los puntos dolorosos son bastante frecuentes en los partos normales para que se pueda conceder mucha importancia á este signo.

Devilliers ha llamado la atención acerca del ruido de fuelle que se ha localizado en el cordón umbilical. Este ruido permiti-

ria á lo más creer en circulares alrededor del cuello que dificultasen algo la circulacion en el cordon umbilical, pero no puede considerarse como signo de la brevedad de éste; por lo demas, Devilliers lo ha oido en casos en que no estaba disminuida su longitud.

La renitencia de las paredes uterinas indicada tambien por Devilliers, la hemorragia antes ó en el momento de la expulsion del feto, la lentitud del parto y la salida del meconio con caracteres demasiado vagos para concederles algun valor.

El signo más importante de todos es la presencia de circulares numerosas alrededor del cuello del feto, coincidiendo con retardo en su progrésion, cuando la cabeza ha salido de la vulva.

Se ha dicho que, cuando la brevedad era accidental, la cabeza, despues de expulsada, permanecía pegada á la vulva, mientras que el resto del tronco salía doblado en arco. En la brevedad natural, el fondo del útero, desocupado en parte por la salida de las regiones superiores del tronco, se aproxima al orificio del cuello y permite que se desprenda el ombligo. Entonces sale la extremidad pelviana encorvándose sobre el plano lateral del feto.

Aparte de los inconvenientes que resultan de la lentitud del parto en estas circunstancias, la brevedad del cordon puede ocasionar las lesiones siguientes :

Se ha observado el desprendimiento de la placenta, que se verifica por la energía de las contracciones expulsivas, resultando de esto una hemorragia más ó menos grave para la madre.

La criatura, privada de sus conexiones vasculares, sucumbe si el parto no se termina casi inmediatamente.

La inversion del útero es un accidente posible, y que se ha observado varias veces en un grado más ó menos completo.

La rotura del cordon ha sido indicada por Mauriceau, Levret, Baudelocque, Guillemot, Devilliers, etc.

Las consecuencias de esta rotura son mucho más graves para el feto que el desprendimiento completo de la placenta, porque no sólo está privado de sus conexiones vasculares, sino que tambien experimenta por la parte herida una hemorragia rápidamente mortal.

Por último, cuando el cordon forma circulares, pueden estar bastante apretadas alrededor del cuello para interrumpir la circulacion; el feto no muere entonces estrangulado como se ha dicho, porque los vasos grandes del cuello están profundamente situados para eludir la constriccion, á menos que no sea excesiva. Su muerte resulta de la asfixia determinada por el aplastamiento de las circulares ocasionado por las contracciones. El feto, empujado por el esfuerzo uterino, es conducido hácia atras por la tirantez del cordon, y la sucesiva repeticion de estos movimientos es la que comprime las circulares. Esta causa de muerte



no es discutible; los casos de Siebold, Morlane, Taxiles, Bartscher, etc., lo demuestran de una manera evidente.

En la mayor parte de los casos son más fáciles de remediar sus consecuencias, y la criatura nace simplemente en el estado de sufrimiento que acompaña á los desarreglos de la circulacion.

Ya he dicho que era absolutamente imposible conocer la brevedad del cordon antes de encajarse la criatura; es, pues, inútil por completo hablar de los procedimientos operatorios que se han aconsejado antes de romperse las membranas, porque sólo cuando la parte que se presenta ocupa la excavacion, es cuando puede sospecharse la causa del retardo. La indicacion práctica es la que conviene para la mayor parte de las causas de retardo en este período del parto: aplicacion del fórceps y extraccion rápida del feto, porque se corre el riesgo de arrancar la placenta ó romper el cordon, y es necesario sustraer con prontitud á la criatura del peligro que resulta para ella de estos accidentes.

Se ha aconsejado introducir la mano en la excavacion para deshacer las circulares; pero sería preciso que la cabeza del feto fuera sumamente pequeña para que se pudiera practicar esta operacion, imposible en los casos comunes.

Cuando la cabeza ha franqueado la vulva, se aconseja hacer pasar las asas del cordon por encima de ella para dejar libre el cuello. Esto es fácil en el parto normal, complicado simplemente con la presencia de las circulares; pero cuando el cordon es bastante corto para detener la impulsión, no tendrá la longitud suficiente para ejecutar esta maniobra. Es preciso, sin embargo, intentarla ó cortar inmediatamente el cordon si se encuentra resistencia, extrayendo inmediatamente despues al feto. Se obrará de igual modo en las presentaciones pelvianas, y cuando el vientre del feto esté íntimamente aplicado á la vulva, por la brevedad esencial del cordon.

**Nudos del cordon umbilical.** Se observan á veces en el trayecto del cordon nudos que resultan de los movimientos activos del feto. Al cambiar de sitio atraviesa las asas formadas por el cordon, que se encuentra por esta causa anudado. Es necesario, para que se presente esta anomalía, que sea muy largo. Los nudos pueden ser dos ó tres en el mismo cordon. Baudelocque ha dado el dibujo de uno muy complicado que observó en un niño que nació vivo.

Es muy raro que estos nudos estén bastante apretados para interrumpir la circulacion antes ó durante el parto. Hay, sin embargo, algunos casos que ponen fuera de duda la posibilidad del accidente. Jeanssens, Hannay, Grieve y Worts citan ejemplos. Newan refiere el caso muy singular de un parto de gemelos en el que uno de los cordones estaba estrangulado por haber sido comprendido en el nudo del otro. He consignado ya el hecho de un embrion recibido por mí, y cuya muerte parecía depender de un nudo en su cordon umbilical.

Soëte comprobó la misma anomalía. Los cordones de los fetos, desarrollados en el mismo amnios, estaban unidos por un doble nudo. Las criaturas sobrevivieron.

**Procidencia del cordon umbilical.** Es verdaderamente imposible en la actualidad determinar el grado de frecuencia de la caída del cordon. Las estadísticas publicadas por diferentes autores presentan tan poca concordancia, que no puede deducirse de ellas conclusion alguna. Lachapelle da dos estadísticas: una, que cree inexacta, arroja la proposicion de 1 caso por 794; la otra da 1 por 345; Boivin, 1 por 622; Merriman, 1 por 225; Bland, 1 por 1.897; Hart, 1 por 80; Wesley y Gregori, 1 por 185; Michaelis, 1 por 38; Collins, 1 por 172; Mazzoni, 1 por 25; Richter, 1 por 156; y, en fin, Fleetwood Churchill, 1 por 221. La estadística de éste último recae sobre un conjunto de 128.224 casos; en razon del considerable número, quizás sea la que más se aproxime á la verdad.

La causa más evidente del prolapso del cordon consiste en no adaptarse con exactitud al orificio uterino la parte fetal que se presenta. Es, pues, de temer el accidente en los vicios de conformacion de la pelvis que retienen la cabeza por encima del estrecho superior, y tambien en los casos de presentaciones viciosas ó cuando la parte fetal es anormalmente voluminosa. Un miembro procidente sirve de conductor al cordon que se escapa de la matriz. El parto de gemelos, cuando los dos huevos están rotos durante el parto, ó cuando los fetos tienen un amnios comun, puede complicarse con prolapso del cordon. En 97 casos de procidencia ha observado Churchill 12 que se referían á gemelos. Se ha considerado como causa predisponente la insercion de la placenta cerca del orificio del cuello. La oleada de líquido que sale á veces bruscamente al romperse la bolsa, puede arrastrar consigo al cordon. La introduccion de la mano ó de un instrumento en el útero abre camino á la procidencia. Por último, la longitud anormal del cordon es con frecuencia la causa de su salida prematura.

El diagnóstico de la procidencia puede hacerse algunas veces antes de romperse las membranas. Se siente entonces por debajo de la parte que se presenta una especie de rodete ó cuerda blanda, la que huye bajo el dedo y cuyos latidos se perciben á veces por el tacto. Estas pulsaciones se sienten sobre todo en el intervalo de los dolores; de lo cual nos aseguraremos tomando el pulso á la madre y observando que no corresponde con su circulacion, sino que son isócronas con los latidos del corazon fetal.

Se ha indicado, sin motivo, como causa de error los pliegues de la piel de la cabellera del niño, porque éstos no existen jamas antes de la rotura de la bolsa. Se ha dicho tambien que la distribucion de los vasos en las membranas, como en los casos señalados por Benkiser, podía hacer creer, sin causa para ello, en la

presencia del cordon. Esta disposicion de los vasos es tan rara, que apenas debemos tenerla en cuenta, y aun en estos casos se sentirían pulsaciones, pero no un cordon. Se ha pretendido igualmente que las *fungosidades* de las membranas podían tomarse por el cordon, y este error lo han repetido casi todos los autores, á pesar de que jamas se ha observado hecho alguno de fungosidad en las cubiertas del huevo. Antes de la rotura de la bolsa se prevé la inminencia del accidente, pero no existe todavía el peligro; algunos comadrones, sin embargo, han pretendido que la presion de la cabeza sobre el cordon podía bastar para detener la circulacion de la sangre antes de romperse el huevo. D'Outrepoint, Cazeaux y Jacquemier admiten que en estas circunstancias, puede sobrevenir la muerte de la criatura. Hé aquí una opinion fundada en probabilidades y que se aviene mal con la fisiología del feto. El líquido amniótico está justamente destinado á impedir las compresiones del cordon, y su densidad difiere muy poco de la del feto para que sean posibles las presiones algo fuertes. Es cierto que durante la vida intrauterina se encuentra á menudo el cordon comprimido por el feto contra la pared de la matriz; pero aunque esta presion se verifique en el segmento inferior del huevo ó contra sus paredes, el resultado sería igual si esta causa fuera realmente activa; ademas se la observaría con suma frecuencia, y vemos, por el contrario, que ninguno ha clasificado la compresion del cordon, durante el embarazo, entre las causas de muerte del feto. Las circulares, que con tanta frecuencia se encuentran alrededor del cuello, son capaces de oponer un obstáculo mucho más grave al curso de la sangre, y, sin embargo, es infinitamente raro que den muerte al feto antes del parto.

Despues de rotas las membranas, rara vez es difícil el diagnóstico; el cordon cuelga en la vagina, y se reconoce su presencia cuando se explora el estado del cuello para vigilar la marcha del parto. Se sienten las pulsaciones, y en caso de duda se lo coge entre los dedos índice y medio, teniendo cuidado de no hacer tracción para no aumentar la procidencia. Algunas veces ni aún la duda es posible, porque el asa cuelga por fuera de la vulva.

Comprobada la procidencia, es preciso asegurarse si vive el feto. Esta circunstancia es muy importante para las determinaciones que deben tomarse. Si el feto está muerto, se abandona el parto á los esfuerzos de la naturaleza; si no, debe hacerse todo lo posible para librarlo del peligro que amenaza su existencia.

Cuando hay prolapsos del bordon tenemos dos medios, en vez de uno, para comprobar con toda certeza la integridad de la circulacion del feto. Primero la auscultacion, que debe repetirse varias veces, porque indica la vida del feto y la de su sufrimiento; despues las pulsaciones del cordon, que proporcionan datos menos exactos, pero que, sin embargo, es preciso tener en cuenta.

El aspecto del cordon no tiene importancia alguna ; sus alteraciones aparentes, tales como su color verdoso, su flacidez y enfriamiento no indican en manera alguna que su circulacion esté interrumpida. Lo está, por el contrario, á menudo cuando el cordon tiene un aspecto perfectamente normal.

Se ha dicho que la falta de latidos durante algunos minutos no era signo cierto de muerte, y que es necesario comprobar varias veces este fenómeno para tener certidumbre. Antes del descubrimiento de la auscultacion fetal se daba, y con justicia, grande importancia á los signos que proporciona el cordon. En la actualidad se consideran éstos como muy secundarios, debiendo recurrir á la auscultacion para aclarar el diagnóstico.

El pronóstico del prolapso del cordon interesa sólo al feto.

La vida del niño se halla comprometida con demasiada frecuencia : 894 casos tomados de diferentes autores me han dado las proporciones siguientes :

PROFESORES.	Número de casos.	Criaturas muertas.	Criaturas vivas.	Proporcion centesimal.
Clark.....	66	49	17	288
Collins.....	97	73	24	304
Churchill.....	355	220	135	163
Roberton.....	20	14	6	233
Saxtorph.....	356	195	161	122
TOTAL.....	894	551	343	160

El total general de este cuadro da la proporcion de 160 muertos por cada 100 vivos para los fetos que nacen con prolapso del cordon.

La causa inmediata de la muerte del feto es la asfixia, determinada por estar comprimido el cordon umbilical é interrumpida su circulacion. Se concibe perfectamente que, comprimido el cordon, á menudo con gran energía entre la cabeza del feto y la pared resistente de la pelvis, se aplaste y se haga impenetrable á la sangre.

Mencionaré, sin darle importancia alguna, el parecer de los autores que han querido localizar la compresion en elementos aislados del órgano. Deneux creía que la vena era la única comprimida. Siguiendo esta hipótesis, el feto moriría por anemia y síncope, porque la sangre que sale por las arterias no puede ser repuesta por estar la vena obliterada. Wigand y Ritgen sostenían, por el contrario, que las arterias eran las únicas impermeables, y que la criatura sucumbía asfixiada por la sangre que llegaba por la vena umbilical sin poder volver á la placenta por las arterias.

La disposicion de los vasos del cordon, que forman entre sí

una espiral, no permite que se compriman aisladamente ; todos lo son al mismo tiempo, y la falta completa de circulacion es comun para todos.

Desde Mauriceau se ha dado cierta importancia al enfriamiento del cordon, por creer que, al hallarse expuesto á la temperatura exterior, coagularía la sangre en sus vasos. Lachapelle combate esta idea, que Velpeau y Guillemot han aceptado. No puede admitirse el enfriamiento más que como un epifenómeno, porque nunca es tan baja la temperatura de la habitacion en que se halla la parturiente para temer la coagulacion de la sangre. Añadiré que los accidentes que se presentan son igualmente graves cuando el cordon está contenido todavía en la vagina, en donde no experimenta enfriamiento alguno.

En resumen, el feto sucumbe por asfixia, cuya cuestion hemos examinado ya.

Aun cuando el cordon sea poco resistente por sí mismo, porque su superficie escurridiza le permite hasta cierto punto eludir la compresion, se le encuentra generalmente hácia las partes libres de la pelvis en contacto con la articulacion sacro-iliaca. Esta situacion depende tambien de que el cordon sale buscando las partes declives, y la mujer suele colocarse en decúbito dorsal.

Esta circunstancia es favorable y hace el peligro menos inmediato. Pero cuando el encaje es completo y se halla ocupada la excavacion por la criatura, su compresion es más inevitable.

Es raro que el cordon caído esté relacionado con la pared anterior de la pelvis allí donde es más íntimo el contacto de las superficies óseas. A veces, los dos puntos de emergencia del cordon están separados por el grueso de la cabeza ó de la pelvis del feto, y el asa caída se relaciona por sus extremos con dos regiones opuestas de la pelvis materna.

El pronóstico, cuando el accidente sobreviene en una época adelantada del parto, y cuando ningun obstáculo se opone á la expulsion rápida del feto, es más favorable que en las circunstancias opuestas.

Los vicios de conformacion de la pelvis, el volumen considerable del feto, la poca dilatacion del cuello, el ser primípara la mujer, que hace más penoso el período expulsivo, y, en fin, todo lo que sea capaz de retardar el parto, agravan el pronóstico.

Recordaremos de paso que el parto, en las presentaciones pelvianas, va siempre complicado con procidencia del cordon, y que de esta circunstancia depende la gran mortandad que se observa en este género de partos.

El tratamiento de la caída del cordon umbilical presenta varias indicaciones.

Si el feto está muerto, la intervencion es inútil, y el parto debe abandonarse por completo á la naturaleza.

Cuando la criatura vive y ha podido hacerse el diagnóstico antes de la rotura de las membranas, es preciso que la mujer



permanezca acostada, absteniéndose de hacer esfuerzos, y teniendo cuidado el profesor de no romper la bolsa de las aguas antes de la dilatacion completa del cuello.

Si el accidente sobreviene antes que el estado del cuello permita terminar el parto, se intenta la reduccion del asa prolapsada en el intervalo de las contracciones, manteniendo con los dedos tan arriba como sea posible el asa del cordon hasta que venga la cabeza á apoyarse en el cuello é impida su salida.

Es raro que se logre por este medio, y añadiré, que en casos de buen resultado aparente, no es del todo eficaz. Cuando está poco adelantada la dilatacion, es imposible que penetren los dedos mucho más allá del cuello uterino; el cordon umbilical se encuentra entonces comprimido entre el segmento inferior de la matriz y la cabeza del feto, lo que no carece de peligro despues de rota la bolsa.

Para que la reduccion fuera perfecta, sería necesario introducir la mano en el útero. Pero entonces es preciso que la dilatacion sea casi completa, y como en estos casos la maniobra no va seguida de buen resultado, porque el cordon sigue á la mano que lo reduce, valdrá más terminar el parto por la version cuando el estado de la criatura inspire temores al profesor. Este medio es más sencillo que el indicado por Croft, que aconseja colgar el asa prolapsada en los miembros del feto.

Cuando la caida del cordon sobreviene en un período poco adelantado del parto, es ineficaz la reduccion manual, por lo cual se han inventado numerosos instrumentos para obtenerla. El mejor y más sencillo es el propuesto por Dudan, por lo cual pasaré los demas en silencio. En un lazo de cinta se coloca el cordon doblado en dos ó cuatro pliegues; esta lazada, poco apretada, se introduce por uno de sus lados en el ojo de una sonda de goma elástica, núm. 9; despues se pasa el estilete, que obra como un cerrojo, manteniendo la cinta en contacto con la sonda. Entonces se introduce ésta todo lo más alto posible dentro del útero, ayudando y vigilando la reduccion los dedos de la mano libre, introducidos en la vagina. La sonda se deja quieta hasta que la presentacion ocupa el estrecho superior; entonces se retira el estilete, quedando libre la lazada que encierra el cordon, y se saca por último la sonda. Este procedimiento sencillísimo puede aplicarse en tanto que la cabeza no está muy encajada en la excavacion.

El prolapsos del cordon es un accidente que exige á veces un tratamiento inmediato, y puede suceder que no tengamos la sonda ni nos la podamos proporcionar en seguida. En estos casos debe utilizar el práctico lo que tenga á mano. Una noche, llamado de improviso, corté el alambre de una campanilla, lo doblé y lo retorcí, dejando en su extremo un anillo de un centímetro de diámetro; encorvé este anillo sobre el resto del alambre, de manera que su parte más lisa estuviera dirigida hácia abajo.

Envolví el alambre con una cinta para ocultar sus asperezas. El asa procidida, doblada en dos, se ató con un hilo grueso, cuyo cabo pasé por el anillo del alambre, y se hizo la reduccion. Cuando la cabeza del feto ocupó el estrecho superior, solté el cabo que había fijado en la base del conductor, que retiré siguiendo el trayecto del hilo; éste, deslizándose por el anillo, permaneció dentro hasta el fin del parto. La flexibilidad de este alambre le permite acomodarse á la direccion de las regiones que atraviesa.

Cuando se manifiesta el prolapso en el curso de un parto que marcha rápidamente y exento de toda otra complicacion, puede esperarse, vigilando al mismo tiempo con cuidado el estado de la circulacion fetal.

Estando el cuello completamente dilatado, rotas las membranas y la criatura en estado de sufrimiento, es preciso terminar el parto, sin intentar siquiera reducir el cordón. Se preferirá el forceps á la version, procurando no comprender en las cucharas el asa prolapsada. Si la timidez del profesor, la falta del forceps ó una presentacion de hombro obligasen á apelar á la version, se reduciría el asa antes de coger los piés, con objeto de evitar al menos compresiones inútiles.

### Hemorragias pertenecientes al feto y sus anexos.

Las hemorragias que proceden de la circulacion fetal tienen su origen en la placenta ó el cordón. Ya hemos estudiado el mecanismo y las causas de las hemorragias placentarias, por cuya razon haremos aquí simplemente su resumen.

La apoplejía placentaria me parece determinada por el cambio de lugar y extension que experimentan los capilares que animan las vellosidades durante el desarrollo de la placenta. Al principio las vellosidades son cortas y poco subdivididas, despues crecen y se ramifican, produciéndose en la masa placentaria cambios de lugar y de relacion entre los capilares y los troncos gruesos. Estos cambios, relativamente muy extensos, pueden dar lugar en una masa tan enredada á tracciones y roturas de sus capilares, lo cual explica la multitud de pequeños focos hemorrágicos que se observan á veces en la apoplejía placentaria. Quizá exista tambien una enfermedad de los capilares, cuya naturaleza no es desconocida.

He indicado igualmente la posibilidad de las hemorragias placentarias cuando este órgano se inserta en el segmento inferior de la matriz. En el momento en que se dilata el útero, se distiende naturalmente esta region en el sentido transversal, y los elementos vellosos implantados en este punto siguen el movimiento de distension, pudiendo experimentar entonces los capilares roturas por accion mecánica.

En el desprendimiento de la placenta los vasos del órgano

quedan intactos, y la sangre que sale procede exclusivamente de la circulacion materna; es necesario, pues, que este órgano experimente una lesion, una rasgadura de su sustancia, para que contribuya á la hemorragia.

Durante el embarazo se verifican roturas vasculares de los senos uterinos, y la sangre derramada y circunscrita por las inserciones placentarias penetra en los espacios que existen entre los cotiledones con bastante fuerza para romper las vellosidades. La hemorragia es mixta y procede de la madre y del feto, existiendo en este caso una comunicacion accidental directa entre las dos circulaciones. Probablemente á un caso de esta naturaleza se refiere la observacion de Wildsmith, que vió en una placenta una rotura de dos pulgadas y media.

Ciertas alteraciones del cordon pueden dar lugar á hemorragias mortales para el feto. Pluskal ha publicado un caso interesante de esta naturaleza. El cordon umbilical de un feto, muerto antes de su expulsion, estaba doblado en forma de codo, á quince centímetros de su insercion placentaria; en la extremidad de este ángulo existía una bolsa varicosa del diámetro de un huevo de gallina, de paredes delgadas y rotas. La hemorragia había durado tres horas y la criatura estaba exangüe. Benckhiser ha visto los elementos del cordon dispuestos de modo que serpeaban en las membranas antes de dirigirse á la placenta. Si la rotura del huevo se efectúa en el trayecto de uno de estos ramos divididos, puede ocurrir una hemorrágia mortal para el feto antes de terminarse el parto.

Benckiser ha observado hemorragias que procedían de esta causa. Deneux ha comprobado la rotura de la vena umbilical. Se conocen algunas observaciones en las que el cordon demasiado corto se ha roto más ó menos completamente durante el parto.

Algunos autores han descrito derrames de sangre entre las membranas. Se concibe su posibilidad entre la caduca y el córion, aunque no se pueda explicar su mecanismo, porque existen vasos que en rigor pueden romperse. También se comprende la hemorragia en la cavidad amniótica, porque una rotura del cordon ó de los vasos que serpean por la cara fetal de la placenta determina necesariamente, antes de romperse las membranas, una hemorragia intraamniótica; pero no se explica la posibilidad de este fenómeno entre el corion y el amnios, cuyas membranas están desprovistas completamente de vasos. Los hechos aducidos no son bastante exactos para que se olvide la imposibilidad anatómica de semejante derrame.

**Lesiones que puede experimentar el feto durante el parto.**

Hablaremos sólo en este capítulo de las lesiones que se verifican á consecuencia del parto, ó que son producidas de un modo involuntario por el comadron.

## CEFALEMATOMAS.

Se designan con el nombre de cefalematomas los tumores sanguíneos que se observan en el cráneo del recién nacido en el acto y en los primeros días del nacimiento.

Estos tumores presentan dos sitios anatómicos distintos. Unos están situados entre la piel del cráneo y el periostio; otros entre el periostio y los huesos craneales. Presentan además estos tumores diferencias tan grandes respecto á su causa, curso y pronóstico, que hay necesidad de estudiarlos por separado.

**Cefalematoma subcutáneo.** Este tumor reconoce por causa una infiltración sanguínea ó más bien sero-sanguínea, que se manifiesta siempre que en un parto algo prolongado una parte del feto se encuentra detenida mucho tiempo en el estrecho superior después de rotas las membranas.

Yo explico su producción por la diferencia que existe entre la presión intrauterina y la atmosférica. Después de la salida de las aguas, el feto experimenta directamente la contracción de la matriz; en el orificio uterino más ó menos dilatado no hay otra presión que la de la atmósfera, que está naturalmente muy disminuida. Los líquidos que contiene el feto se dirigen por necesidad hacia el sitio donde la presión es menor, de la misma manera que cuando se aplica una ventosa se ve aparecer un tumor sanguíneo dentro del vaso con que se ha hecho el vacío parcial, es decir, una sustracción de la presión atmosférica, de la misma manera que la bolsa de las aguas se forma tan pronto como la dilatación del cuello permite al líquido amniótico eludir la presión uterina.

Es una ley de hidrostática que me admira no se haya conocido antes, encontrándose tanto mejor demostrada por los hechos, cuanto que el cefalematoma se halla perfectamente circunscrito por el diámetro del orificio del cuello. Cuando para explicar el fenómeno se invocan los magullamientos que experimenta la cabeza de la criatura durante el parto, se emite una opinión que nada justifica (1).

Los tumores hemáticos toman el nombre de cefalematomas

---

(1) Como el aire atmosférico ejerce presiones en todos sentidos, ignoramos la causa por la que no penetra en la vagina de la mujer, toda vez que el paso lo encuentra expedito, tanto porque dicho conducto está bastante ahuecado en el parto, cuanto porque los dedos del comadron lo entreabren con alguna frecuencia. No puede explicarse tampoco este vacío por enrarecimiento del aire, pues en el período expulsivo más bien encontramos frío que caliente el conducto vaginal, á causa de la dificultad en la circulación de sus capilares. En vista de estas consideraciones, nos inclinamos á atribuir la formación del trombus al obstáculo que encuentra la sangre venosa en su camino por la presión de la parte que se presenta contra el orificio de la matriz. Sabemos también que cuando el feto está muerto, no se forma el trombus subcutáneo, porque entonces ya no hay circulación. — (N. de los T.)

cuando tienen su asiento sobre los huesos del cráneo; pero se los puede observar en un grado más ó menos marcado en todas las partes del feto que se encuentran detenidas mucho tiempo en el vacío de la excavacion, como sucede en las presentaciones de cara en que ocupan las mejillas del feto, cuya fisonomía es horrible en el acto del nacimiento. En las de la extremidad pelviana está á veces muy hinchado el escroto y de un color rojo oscuro. Se ha atribuido esta particularidad á la contusion de los órganos genitales, magullados contra la pared pelviana durante su encaje; estos órganos no experimentan contusion alguna en este tiempo del parto; su situacion los protege contra semejantes roces y el tumor depende exclusivamente de la infiltracion sanguínea, cuyo mecanismo acabo de exponer.

Estos tumores se forman durante el parto, y nunca despues de expulsado el feto, y es poco probable que continúen creciendo despues del nacimiento. En la inmensa mayoría de los casos no están constituidos por colecciones de líquido, sino por infiltracion. La prueba está en el modo rápido con que desaparecen. Su desarrollo no está limitado, como en el cefalematoma subperióstico, por las suturas craneales. Se los ve nacer y extenderse por todos los puntos que se hallan en relacion con el orificio uterino, sean cualesquiera sus elementos anatómicos. Perfectamente circunscritos, cuando la dilatacion ha permanecido estacionada por mucho tiempo en un mismo punto, son algo difusos en las circunstancias opuestas. Su consistencia varía con el grado de infiltracion; pero es rarísimo que sean fluctuantes. Los tegumentos que los cubren adquieren un tinte violáceo característico.

Desde el dia siguiente al nacimiento empieza el tumor á perder su consistencia, se hace blando, pastoso, disminuye rápidamente y desaparece por reabsorcion al cabo de pocos dias. El color de la piel sigue el mismo curso que los equimosis y tarda algo más en borrarse.

El cefalematoma subcutáneo no presenta gravedad alguna para el feto; la expectacion es el único tratamiento aplicable en la mayor parte de los casos. Sin embargo, si la fluctuacion manifiesta no desapareciera pasados unos dias, y se desarrollaran accidentes inflamatorios, se abriría con el bisturí, empleando en seguida la compresion y el tratamiento ordinario de los abscesos.

**Cefalematoma subpericraneal.** Esta forma de tumor es bastante rara. P. Dubois calcula que se la observa una vez por cada 400 ó 500 partos. Es probable que pase desapercibido cuando es de pequeño volumen.

El cefalematoma subpericraneal tiene su asiento entré el periostio y el hueso. Se desarrolla comunmente en uno de los parietales, en el derecho con más frecuencia que en el izquierdo, y en general cerca del ángulo postero-superior. Cuando el tumor es algo voluminoso, está situado por encima de la eminencia parietal, que está libre de él. El derrame se halla circunscrito por



las suturas, que rara vez traspasa, lo que depende de la adherencia más íntima del pericráneo al borde de los huesos.

En algunos casos raros se ha visto á este tumor presentarse en el frontal y el occipital.

El cefalematoma es comunmente único. Burckard lo ha visto cuatro veces doble y una triple. Dubosq y Simpson y Stepphun han indicado tambien uno doble en un feto.

Varía el volumen del tumor entre el grueso de una avellana\* y el de un huevo de gallina; es con frecuencia redondeado ú ovóideo. No está, como en el caso anterior, constituido por una infiltración, sino por una coleccion de líquido, resultado de la rotura de uno ó varios vasos, encontrándose la sangre reunida en foco.

La piel del cráneo está muy rara vez coloreada, la aponeurosis está intacta, y el pericráneo, desprendido, presenta por lo comun un simple engrosamiento. El coágulo sanguíneo se halla envuelto por una membrana de nueva formacion, blanca, celulosa, de un milímetro de grueso, sin solucion de continuidad más que en los puntos en que el hueso está alterado. Algunas veces posee esta membrana los caracteres de una lámina cartilaginosa. Robin ha encontrado en su constitucion elementos fibro-plásticos.

Al principio del derrame la sangre está roja y líquida, despues experimenta los cambios que se manifiestan en los focos sanguíneos en vía de reabsorcion. Si la inflamacion se desarrolla en el foco hemorrágico, se observan los mismos fenómeno que en los tumores hemáticos.

En el contorno del tumor se percibe un rodete huesoso de 5 milímetros próximamente de alto por 15 de ancho, íntimamente unido al periostio y en contacto simplemente con el hueso. Este rodete está ordinariamente formado por una sustancia friable, blanca, granulosa y cubierta por una lámina compacta. Algunas veces está completamente osificado.

Se han emitido muchas opiniones para explicar la naturaleza de este rodete, pero los trabajos recientes acerca de las propiedades del periostio permiten creer que esta produccion se debe á la secrecion perióstica que se organiza para formar tejido óseo.

El aspecto del hueso desnudado por la separacion del pericráneo es muy variable. A veces es normal, su superficie está lisa y pulimentada; otras está cubierta de granulaciones y aparece rugosa. Burckard ha observado alteraciones que han llegado hasta destruir su lámina interna. El exámen microscópico ha permitido ver las fibrillas óseas abultadas.

La explicacion que he dado de la manera de formarse los cefalematomas subcutáneos no es aplicable, al menos en todos los casos, á los que están situados en la superficie del hueso. Es probable que sean diversas las causas. En esta última especie de tumores la lesion se manifiesta á veces uno ó dos dias despues del nacimiento, habiendo sido el parto rápido y fácil. Añadiré que se ha observado el cefalematoma en un feto que nació en presenta-

cion pelviana; Dubosq refiere otro caso recogido en la clínica de Depaul.

El hecho principal lo constituye la rotura de uno ó varios pequeños vasos; pero ¿cómo explicar el fenómeno? P. Dubois cree que el cefalematoma resulta de un simple desprendimiento del pericráneo. Esta opinion es muy aceptable cuando el parto ha sido laborioso, y sobre todo cuando se comprueba la coincidencia de un cefalematoma superficial.

Estos casos pueden explicarse por la presion que he indicado. Pero Klein, Zeller y Haëre están de acuerdo, y dicen que estos tumores se han observado despues de partos rápidos y fáciles, en los que la cabeza no ha sufrido compresion alguna notable, y en partos por la extremidad pelviana. Osiander, Nægele y Zeller han reconocido el cefalematoma cuando el feto estaba contenido todavía en la cavidad de la matriz. Preciso es entonces reconocer otra causa.

Michaëlis y Paletta han admitido una enfermedad previa del hueso. Stein una conformacion insólita de los vasos; Siebold una disposicion vascular análoga á la de los *navi materni*. Todas estas suposiciones carecen de pruebas. La hemorragia es el hecho material, evidente; pero la causa se nos oculta en ciertos casos.

Burckar, en 44 casos de cefalematoma ha encontrado 34 niños y sólo 10 niñas; el aumento de volumen de la cabeza, retardando la marcha del parto, constituye al parecer una predisposicion.

El cefalematoma forma un tumor de consistencia variable, perfectamente circunscrito, sin dolor ni latidos, fluctuante, y que no da coloracion alguna á la piel. Deprimiendo el centro del tumor se llega á la superficie ósea que cubre. El borde duro y saliente que limita el derrame es característico. Al principio es apenas perceptible, pero al cabo de dos ó tres dias aumenta su grueso, y despues de una semana ha adquirido todo su desarrollo. Este rodete es patognomónico de la lesion.

En algunos casos raros se ha observado el cefalematoma antes del nacimiento; pero comunmente acaece despues del parto ó en los tres primeros dias que le siguen.

El tumor aumenta de volumen durante un tiempo variable, pero que no pasa de nueve dias; despues de una duracion, que varía entre una y tres semanas, queda estacionario, y, por último, desaparece progresivamente por reabsorcion; este período es con frecuencia bastante largo. El círculo óseo es el último vestigio, que se borra sólo con el progreso de edad.

A veces se osifica el periostio y queda una especie de cáscara en el sitio del tumor.

Es muy raro que el cefalematoma ocasione la muerte de la criatura. En general desaparece por resolucion; no obstante, puede supurar y dar origen á accidentes graves, tales como la necrosis del hueso, etc.

Los signos que acabamos de exponer no permiten confundir el cefalematoma subpericraneal con el que está inmediatamente por debajo de la piel. Con más facilidad podría inducir á error el encefalocele. Es preciso recordar que este último tumor ocupa ordinariamente las comisuras, y que no crece. La sensacion que se percibe al tacto es la que produce una masa adiposa. El tumor es asiento de latidos isócronos con los del pulso, y se le ve subir y bajar durante la respiracion. Su volumen aumenta con los gritos ó los esfuerzos. Además es reducible, y su compresion determina síntomas de somnolencia ó de coma en el niño.

Los demas tumores del cráneo, tales como el fungus de la dura madre, los lipomas y los tumores eréctiles, son tan raros en los recién nacidos, que podemos prescindir de ellos para el diagnóstico diferencial.

En la inmensa mayoría de los casos, la expectacion pura y simple es lo mejor que puede hacerse. Esta es la opinion de Soltz y de Simpson; el tumor se reabsorberá cuando quiera. Hay necesidad de abstenerse principalmente de las aplicaciones de compresas empapadas en los líquidos que se creen resolutivos, sea el vino aromático, como aconseja Depaul, ó cualquiera otro líquido. Sería demasiado crédulo el que atribuyera la reabsorcion á semejantes medios. Sabemos por qué mecanismo la sangre deramada en nuestros tejidos vuelve á la circulacion, para lo cual son completamente inertes las aplicaciones frias. Añadiré que esta práctica tiene graves inconvenientes. La impresion del frio húmedo determina en el niño corizas que le pueden poner en peligro en los primeros tiempos de su existencia, á causa de las dificultades que encuentra para coger el pecho.

Cuando la inflamacion y supuracion del foco exigen un tratamiento activo, se incide con el bisturí. Los cuidados consecutivos son los que convienen en el tratamiento de los abscesos.

#### FRACTURAS Y LESIONES DE LOS HUESOS.

**Fracturas y hundimiento de los huesos del cráneo.** Son tan comunes las lesiones de los huesos del cráneo, que no hay necesidad de citar ejemplos. La causa principal que las determina es la estrechez de la pelvis. Las contracciones uterinas violentas han podido por sí solas producir la depresion de los huesos del cráneo ó su fractura. La aplicacion del forceps ha dado á veces el mismo resultado por un doble mecanismo: por presion directa de las cucharadas y por el contacto del punto estrechado con la cabeza extraida con violencia. La version en pelvis viciadas es igualmente una causa activa de fracturas. Por último, la caída al suelo de la criatura, cuando la mujer pare de pié, puede tambien producir este accidente.

La resistencia de los huesos del cráneo es considerable, y Ollivier (d'Angers) cree que existe en estos casos una fragilidad anormal.

Ordinariamente las fracturas se observan en los parietales ; despues , por órden de frecuencia , en el frontal , el occipital , y , por último , en los temporales . Tienen la forma de fisuras y de fracturas completas . Existe á veces hundimiento sin fractura : el ángulo sacro-vertebral prominente , comprimiendo el tejido óseo , lo deprime en forma de canal .

Las fracturas son , por lo comun , simples ; rara vez múltiples , estrelladas y con fragmentos libres . Se verifican en el punto en que obra la fuerza . Hay , sin embargo , algunos ejemplos de fracturas por contragolpe . Los hundimientos son fáciles de conocer , porque la depresion continúa mucho tiempo despues del nacimiento . No sucede lo mismo respecto á las fracturas simples cuando el tegumento está intacto , á menos que no sean móviles los fragmentos , lo cual es raro .

Algunas veces un derrame sanguíneo oculta la fractura , y sólo se obtiene la crepitacion en las fracturas múltiples . El equimosis es un buen signo , pero se le observa en la piel de la cabellera , aparte de la fractura y como resultado de la contusion producida por maniobras enérgicas .

Las lesiones de los huesos del cráneo se acompañan con frecuencia de graves trastornos en el aparato cerebral , y entonces aparecen síntomas generales que aclaran el diagnóstico . Cuando se interesan las membranas del cerebro , se verifican derrames sanguíneos en el cerebro ó entre la dura-madre y el cráneo , bastante abundantes para poder observar los accidentes consecutivos á las hemorragias de este aparato .

Puede ser contundido el cerebro por la causa vulnerante que ha dado lugar á la fractura , y su masa estar herida por las esquirlas . Estas complicaciones desarrollan fenómenos inflamatorios , que son por lo demas mucho menos pronunciados que en el adulto . Se observa estupor , somnolencia , dilatacion de las pupilas , resolucion muscular , y á veces parálisis ó anestesia .

Al cabo de algunos dias , en los casos graves , adquieren los síntomas generales una fisonomía más característica , y se ven aparecer inflamaciones cerebrales que ocasionan á menudo la muerte de las criaturas .

Las fracturas simples y sin hundimiento se curan espontáneamente en la mayoría de los casos , cuando no hay lesion alguna del cerebro . No sucede lo mismo cuando este órgano está contuso ó herido , y aun cuando no siempre termina por la muerte , es rarísima su curacion .

**Fractura del maxilar inferior.** En los esfuerzos que se hacen para extraer al feto por los piés , se toma un punto de apoyo en el maxilar inferior para desprender la cabeza , y varias veces se ha visto la division de este hueso por su parte media ó por otros puntos .

Se reducirá la fractura y se mantendrán los fragmentos en su sitio con una fronda , teniendo cuidado de colocar entre los ma-

xilares dos cuñas de gutapercha amoldadas á las encías, de manera que permitan la introduccion en la boca de la leche con una cuchara. La consolidacion se obtiene en quince ó veinte dias.

**Fracturas de los miembros.** La maniobra para extraer el brazo del feto situado por detras de la nuca puede producir una fractura, si en la reduccion no se sigue el camino recorrido primitivamente por él. Lo mismo sucede en los esfuerzos bruscos ó mal dirigidos hechos con objeto de bajar los brazos, simplemente elevados á los lados de la cabeza. Ya hemos dicho el modo de proceder en estos casos.

Accidentes de la misma naturaleza se han observado en los miembros inferiores cuando se extrae el feto por la extremidad pelviana. Su reduccion y contencion no presenta nada de especial en estos diferentes casos; únicamente al aparato destinado á los miembros inferiores se le añadirá una venda muy delgada de cauchuc ó de hule, para impedir el contacto incesante de la orina.

#### HEMIPLEGIA FACIAL.

Esta lesion, cuyo estudio es muy moderno, ha sido bien estudiada por Kilian, Vernois y Dubois, y es producida exclusivamente por la aplicacion del forceps, cuya cuchara comprime el nervio del séptimo par, cerca de su salida por el agujero estilomastóideo. En este punto de su trayecto se encuentra ya dividido, y el instrumento puede no comprimir más que algunos de sus ramos, pudiendo entonces observarse aisladamente parálisis del orbicular de los labios ó de los párpados. Por lo comun la lesion se extiende á toda la cara.

La parálisis facial en el recién nacido es poco perceptible en el estado de reposo; únicamente el ojo correspondiente al lado enfermo permanece abierto cuando el otro se cierra; pero si el niño llora, bosteza ó mama, se hace muy manifiesta la asimetría de sus facciones. El lado enfermo es arrastrado por el sano, y la porcion de los labios que ha conservado su contractilidad es llevada hácia afuera y arriba. El ala de la nariz está inmóvil y la abertura del lado enfermo parece más estrecha. La úvula y la lengua no están desviadas y conservan su sensibilidad. La succion es algo difícil en los primeros dias.

Si se desconoce la parálisis cuando descansa el niño, no es posible engañarse cuando llora. Su fisonomía es tan singular que desde luego llama la atencion por su rareza.

Esta parálisis desaparece espontáneamente al cabo de algunos dias. La única precaucion que hay necesidad de tomar á veces es servirse de biberon, si el niño mama con dificultad.



## RESUMEN.

## Distocia fetal.

**Distocia correspondiente al feto.** La dividiré en once clases: 1.º Exceso de volumen del feto sin alteraciones morbosas. — 2.º Exceso de volumen por desarrollo patológico. — 3.º Presentaciones y posiciones viciosas. — 4.º Procidencias ó desviaciones de los miembros. — 5.º Inclusiones parasitarias. — 6.º Fetos múltiples, asilados ó adheridos. — 7.º Error de sitio en el desarrollo del feto (preñez extrauterina). — 8.º Union ó fusion parcial del feto con el útero ó los anexos. — 9.º Deformidades del feto. — 10. Lesiones producidas por el feto. — 11. Tumores desarrollados sobre el feto.

1.º **DESARROLLO FISIOLÓGICO EXAGERADO.** — El obstáculo puede depender únicamente del excesivo volumen de la cabeza; en estos casos, está por lo comun muy adelantada la osificación, y se comprueba la existencia de huesos wormianos en las comisuras. — Se ha visto sucumbir la madre y el hijo por este motivo. — El diagnóstico exacto de esta causa de distocia es casi imposible: únicamente la puede hacer sospechar su resistencia al encaje. — En estos casos, forceps ó cefalotribo; la version está contraindicada. — El sexo masculino, en razon al volumen algo más considerable de su cabeza, predispone á esta causa de distocia. — El excesivo volumen del pecho y la anchura anormal del diámetro bis-acromial pueden oponer un obstáculo al parto. — En algunos casos ha sido preciso mutilar al feto, teniendo que emplear la cefalotripsia y la evisceracion.

2.º **DISTOCIA POR DESARROLLO PATOLÓGICO DEL FETO.** — *Hidrocefalo.* — Esta afeccion es rara: se la observa una vez de cada 3.000 partos próximamente; quita la vida al feto con mucha frecuencia. — El derrame puede adquirir proporciones considerables. — Los elementos del diagnóstico son lossiguientes: se toca por encima del estrecho superior una superficie ancha, resistente, dividida por surcos membranosos, constituidos por las comisuras, mucho más anchas que en el estado normal.

En el intervalo de las contracciones, los huesos son en general bastante movibles, sobre todo cuando el niño está muerto. — La persistente elevacion de la parte que se presenta hace el diagnóstico con frecuencia difícil. — Se ha observado la presentacion pelviana una vez de cada cinco en estas circunstancias. — Entonces es imposible el diagnóstico antes de la expulsion del tronco. — Las dificultades del parto están en relacion con el volumen de la cabeza. — El parto es algunas veces espontáneo. — En el caso contrario se apela al forceps ó se perfora el cráneo. — *Hidrotórax.* — No se encuentra esta alteracion más que cuando hay ascitis. — El obstáculo no se conoce hasta que el pecho se

encaja. — Se hará la puncion para evacuar el líquido. — *Ascitis*. — Algunas observaciones prueban que el acúmulo de serosidad en el abdomen puede ser bastante considerable para dificultar el parto. — Se practica la puncion. — *Distension de la vejiga*. — Esta anomalía se observa principalmente en los monstruos. — La distension del organo puede ser un obstáculo invencible para la expulsion del feto. — El diagnóstico de esta anomalía es tan difícil como el de la ascitis, y se recurrirá al mismo tratamiento: la puncion. — *Anasarca*. — Enfermedad muy rara, y que va unida comunmente á la ascitis; — casi siempre mortal para el feto; — si su volumen es muy considerable para no permitir la expulsion espontánea, se practican largas incisiones con objeto de dar salida al líquido ó se tritura el cuerpo con el cefalotribo. *Enfisema generalizado*. — No se desarrolla hasta despues de muerta la criatura y despues de mucho tiempo de rotas las membranas. — El enfisema es producido por la descomposicion pútrida del feto. — Se interviene aplicandó el cefalotribo si el cuerpo es demasiado voluminoso ó haciendo grandes incisiones en sus tejidos. — *Timpanitis*. — Los gases pueden localizarse en el abdomen, que adquiere entonces un desarrollo considerable. — El tratamiento es igual que en el caso anterior. — *Hipertrofia de órganos*. — La distocia en estos casos ha sido determinada por tumores de los riñones, del hígado, del bazo y del tejido celular. La manera de intervenir varía segun el volumen del tumor. — En un gran número de casos ha habido necesidad de recurrir á la embriotomía.

3.º DISTOCIA CAUSADA POR PRESENTACIONES Ó POSICIONES VICIOSAS DEL FETO. — En las presentaciones de vértice, cuando las posiciones occipito-posteriores son persistentes, hay necesidad con frecuencia de recurrir al forceps para evitar rasgaduras del periné. — De las posiciones inclinadas de vértice debe rechazarse la variedad occipital, que no es posible. — La variedad frontal se corrige espontáneamente durante el encaje. Las variedades parietales son las únicas que pueden exigir auxilio. — En estos casos se intenta enderezar la cabeza por manobras externas ó con una rama del forceps aplicada como palanca, ó finalmente, se practica la version. — *Presentacion de cara*. — Cuando el menton queda hácia atras, el parto no puede terminarse espontáneamente. — Entonces se ejecuta con el forceps el movimiento de rotacion que falta. Los prácticos se han visto obligados en algunos casos á recurrir al cefalotribo. — Las variedades malares en las inclinaciones de cara son las únicas que deben admitirse; — la conducta que hay que seguir es la misma que en las presentaciones inclinadas de vértice. — *Presentacion pelviana*. — Cuando el volumen de las nalgas es la causa del retardo del parto, se desprenden los piés si son accesibles ó se engancha el pliegue de la ingle. — Las tracciones sobre el tronco deben ejecutarse con mucho cuidado para evitar la extension de

los miembros superiores. — *Presentacion de tronco.* — Esta presentacion constituye una causa esencial de distocia y exige la version. — Si se hace muy tarde esta maniobra, el profesor encuentra á veces dificultades por la retraccion del útero, siendo peligroso insistir en ella. Entonces se intenta obtener la relajacion del órgano por el empleo metódico de los opiados. — Si no dan resultado se apela á la embriotomía.

4.º DISTOCIA CAUSADA POR LA PROCIDENCIA Ó DESVIACION VICIOSA DE LOS MIEMBROS DEL FETO. — La procidencia de los miembros no constituye grave obstáculo si no se encajan con otra parte fetal. — Esta anomalía ha dado lugar al prolapso del cordón. — La procidencia de los dos brazos encajados con la cabeza ha exigido á veces el auxilio del profesor. Se intenta reducirlos al principio del accidente. — Si falta esta maniobra, se aplica el forceps cuando se retarda el parto. — La procidencia de un pié con la cabeza es más grave, siendo impotente el forceps y haciendo necesaria la embriotomía. — En estos casos, antes de apelar al forceps, se intentará la version. — En las presentaciones pelvianas pueden extenderse los brazos y colocarse á los lados de la cabeza. — Se los desprende metódicamente, empezando por el que está hácia atras. — Los brazos pueden no seguir el movimiento de rotacion que se comunica al tronco, y entonces quedan enganchados entre el pubis y la region occipital del feto. — Es preciso desprenderlos de abajo arriba ó de arriba abajo, haciéndoles recorrer el camino que siguieron para quedarse en esta posicion viciosa.

5.º INCLUSION PARASITARIA. — Un feto desarrollado dentro de otro puede formar un tumor bastante voluminoso para oponer obstáculo al parto. — El diagnóstico de estos tumores es casi imposible antes de la expulsion. — El quiste que encierra al feto incluso contiene bastante cantidad de líquido; si el tumor dificulta el parto, se hace la puncion.

6.º DISTOCIA CAUSADA POR LA PRESENCIA DE FETOS MÚLTIPLES, AISLADOS Ó ADHERIDOS. — *Fetos aislados.* — La presencia de dos cabezas en el estrecho superior exige algunas veces el auxilio. — Por lo comun, y á causa de las contracciones, cede una el sitio á la otra. — Cuando son pequeñas pueden encajarse simultáneamente en la excavacion, alojándose una en la depresion cervical de la otra. — Cuando es imposible reducir una de las cabezas, se aplica el forceps, y si no basta, el cefalotribo. — Uno de los fetos puede presentarse de vértice y el otro de nalgas. La cabeza del uno puede engancharse en la depresion cervical del otro. — El feto expulsado en parte, arrastra consigo á su hermano, como el asa de una cuerda arrastra el tapon contenido dentro de una botella. — El diagnóstico es sumamente difícil cuando las partes encajadas son un obstáculo para la exploracion. — En algunos de estos casos el parto fué espontáneo; en otros se recurrió al forceps y hasta á la embrio-

tomía. — Los mismos accidentes pueden ocurrir cuando uno de los fetos presenta el tronco y el otro se encaja por las nalgas ó el vértice. — En las presentaciones dobles de la extremidad pelviana es preciso tener cuidado de no tirar de los miembros que pertenezcan á dos fetos distintos, porque se produciría el enclavamiento de las dos cabezas, difícil de reducir. — *Gemelos adheridos*. — El diagnóstico de esta anomalía no puede hacerse sin introducir la mano en el útero. — Es imposible establecer de antemano cómo podrá hacerse la expulsión en estas circunstancias. — El parto se verifica por lo comun espontáneamente, y la diversidad de modos como termina en estos casos no permite establecer regla alguna.

7.º DISTOCIA POR ERROR EN LUGAR EN EL DESARROLLO DEL FETO. — PREÑEZ EXTRAUTERINA. — Esta causa de distocia está caracterizada por el desarrollo del feto fuera de la cavidad de la matriz. — Admitimos las formas siguientes: 1.º ováricas; 2.º abdominales; 3.º tubáricas; 4.º intersticiales.

Las demas formas admitidas por Dezeimeris, ó están incluidas en estas variedades, ó son anatómicamente imposibles.

*Preñez ovárica*. — Se ha admitido que el óvulo podía desarrollarse en el ovario mismo, ó que podía quedar simplemente adherido á esta glándula. Velpeau niega la posibilidad de la primera de estas formas, y no admite la segunda sino con reservas. No hay que confundir la preñez ovárica con los quistes pilosos del ovario, que son resultado de inclusiones parasitarias. — *Preñez intraperitoneal ó abdominal*. — El huevo elude la acción de la trompa y cae en el peritoneo, fijándose en un punto cualquiera de su cavidad.

*Preñez tubaria*. — Encajado el huevo en la trompa, encuentra un obstáculo que lo detiene en un punto más ó menos próximo á la cavidad de la matriz, en donde no penetra, y en la que puede formar simplemente eminencia. También puede desarrollarse en el pabellon. — *Preñez intersticial*. — En esta forma casi inexplicable de embarazo se desarrolla el huevo en la proximidad de la trompa y en el grueso de la pared uterina; Velpeau considera esta variedad de preñez como tubaria desviada. — *Causas de la preñez extrauterina*. — Varían según el sitio en que se desarrolla el huevo. — En la forma ovárica puede admitirse que la rotura de la vesícula ha sido insuficiente para dar paso al óvulo. — La preñez abdominal se verifica cuando el pabellon de la trompa deja escapar al óvulo fecundado. — Puede manifestarse este fenómeno por una emoción ó una violencia, que paraliza la trompa en el acto de la prehen-sión — ó por no estar bastante desarrollado el pabellon de la trompa. — Los pabellones supernumerarios no parecen destinados á proporcionar al huevo un camino que lo conduzca al abdomen. — *Diagnóstico y síntomas*. — La madre sucumbe con mucha frecuencia antes que se llegue á sospechar la existencia

de la preñez; es decir, en los primeros meses. — Aun en época avanzada, el diagnóstico es tan difícil, que á menudo los maestros la han desconocido cuando existía y han creído verla cuando faltaba. — Los signos probables y ciertos pueden ser los mismos que en el embarazo normal. — La persistencia de las reglas es un signo que debe tenerse en cuenta. — Si por el tacto puede aislarse la matriz del tumor, es un signo importante, sobre todo cuando se comprueba la dislocacion del útero. — Por lo comun, el cuello no experimenta modificacion alguna en su consistencia, pero está más ó menos desviado. — El único signo cierto es el que proporciona el cateterismo de la cavidad de la matriz. — **CURSO Y TERMINACIONES.** — La preñez abdominal es la única que puede llegar á término; en todas las demas se rompe el quiste, casi siempre antes del quinto mes. — La rotura del quiste en las preñeces tubarias y ováricas determina el paso del feto al peritoneo. — Se presenta una peritonitis traumática y una hemorragia, con frecuencia mortales. — En algunos casos raros la mujer salva estos peligros y el feto se enquistata. — A veces el quiste contrae adherencias con los órganos próximos, y se establecen comunicaciones que permiten la expulsion de los restos del feto. — Se ha visto tambien al feto momificarse, saponificarse, y permanecer varios años en el organismo de la madre. — Cuando la preñez sigue su curso hasta el término, se presentan en esta época dolores análogos á los del parto. — Pueden volver por intervalos más ó menos separados. — Las mucosidades fluyen por el orificio uterino, que parece afectado de contracciones. — Algunas veces se observa la calentura láctea y el abultamiento de los pechos. — El feto puede vivir más de los nueve meses. — En las preñeces extrauterinas prolongadas se observa con mucha frecuencia la inflamacion tardía del quiste, que puede convertirse en un foco purulento. — *Anatomía patológica.* — Las cubiertas del quiste están siempre constituidas por el amnios y el córion. — Puede añadirse y soldarse á éstas una tercera membrana, que no tiene relacion alguna de textura con la caduca, y que procede de los tejidos en que se ha desarrollado el óvulo. — La mucosa del útero experimenta una exfoliacion parcial análoga á la que se observa en el embarazo fisiológico. — El volumen del órgano está muy aumentado. — Cuando la preñez extrauterina se prolonga, las cubiertas del quiste experimentan en algunos casos la transformacion cartilaginosa y cretácea. — *Tratamiento.* — Se ha propuesto las gastrotomía y la incision del quiste por la vagina. — Cuando el quiste se rompe, el arte es casi impotente para detener la peritonitis traumática que se manifiesta. — He propuesto dar muerte al feto por medio de la puncion capilar seguida de la inyeccion de un alcaloide. — Esta operacion se ha practicado con buen resultado en Alemania.

#### 8.º DISTOCIA POR REUNION Ó FUSION DE UNA PARTE



DEL FETO CON LA MATRIZ Ó LOS ELEMENTOS DEL HUEVO. — He referido cierto número de observaciones de adherencias del feto con la matriz que han exigido la intervencion. — Las adherencias del feto á la placenta dificultan el parto. Esta anomalía coincide con fetos monstruosos.

9.º DISTOCIA POR DEFORMIDAD DEL FETO. — Se ha observado la anquilosis de casi todas las articulaciones. — Los obstáculos para el parto han sido algunas veces bastante graves. — Las desviaciones de la columna vertebral han exigido igualmente la ayuda del arte. — En los casos de acefalia puede ser penoso el parto por el desarrollo considerable del tronco.

10. DISTOCIA POR LESIONES PRODUCIDAS POR EL FETO. — El exceso de volumen del feto ó sus presentaciones viciosas pueden causar roturas del útero, de la vagina ó del periné. — La permanencia por mucho tiempo de la cabeza en el estrecho superior determina mortificaciones del tejido uterino ó de la vejiga, que dan lugar á fistulas.

11. DISTOCIA CAUSADA POR TUMORES ADHERIDOS. — Los tumores adheridos al feto pueden estar bastante desarrollados para constituir un grave obstáculo á su expulsion. — No pueden formularse sobre este asunto más que preceptos generales, porque varían mucho el sitio y el volumen de estos tumores. — Cuando son líquidos se hace la puncion; — si son accesibles al instrumento ó á la ligadura se practica su ablacion. — Cuando las criaturas presentan semejantes anomalías, hay que atender siempre á conservar la existencia de la madre.

**Distocia cuya causa pertenece á los anexos del feto.** *Alumbramiento complicado ó artificial.* — El alumbramiento artificial consiste en introducir más ó menos completamente la mano en el útero para extraer la placenta. — Esta operacion se hace necesaria por diversas causas que hemos estudiado en la distocia materna, y que son: la inercia uterina, la hemorragia y las contracciones irregulares; y, finalmente, por las siguientes causas que nos faltan examinar: adherencia anormal de la placenta; su excesivo volumen; la rotura del cordon umbilical y la eclampsia.

**Causas de distocia que dependen de la placenta.** **ADHERENCIA ANORMAL.** — Esta anomalía es sumamente rara y no se conoce su causa verdadera. — Para explicarla se ha acudido á la alteracion laminosa ó cretácea de la placenta, á las hemorragias placentarias y á la inflamacion del órgano. — Todo esto está todavía por demostrar. — El diagnóstico diferencial se ha hecho por exclusion, cuando la matriz se ha retraido enérgicamente y la placenta no se ha desprendido. — Se obtiene la certeza introduciendo la mano en el útero siguiendo el trayecto del cordon umbilical. — Si no existe complicacion puede esperarse algunas horas antes de intervenir. — Está indicado el cornezuelo de centeno, — y hacer inyecciones por la vena umbilical. — Si no bastan estos medios y es urgente intervenir, se introduce la

mano en el útero y se coge con toda la mano la porcion desprendida para extraer el resto. — Esta tentativa debe hacerse con prudencia á fin de no herir el útero. — Se han visto en estas circunstancias colgajos de matriz arrancados con la placenta. — Si su adherencia es demasiado íntima se extraen las partes desprendidas y se dejan las demas. — Si se presentan accidentes de reabsorcion pútrida se renuevan las tentativas para sacar la placenta. — La mujer estará siempre sometida á una atenta vigilancia. — **PLACENTA DEMASIADO VOLUMINOSA.** — Es sumamente raro que su volumen sea un obstáculo para su extraccion. — Por lo comun depende de que los coágulos contenidos en las membranas vueltas del revés aumentan la masa. — Es preciso entonces no tirar del cordon para evitar que se rompa. — Se atraviesa el órgano cerca del cordon con el dedo en forma de gancho, y esto basta generalmente para verificar el alumbramiento.

**Distocia perteneciente al cordon.** **DEBILIDAD Y ROTURA DEL CORDON.** — Este pequeño accidente es grave en caso de adherencia anormal, porque la mano está privada de un guía seguro para llegar hasta la placenta, cuya insercion no siempre es fácil conocer. — Se aprecian entonces los caracteres siguientes: La mujer no siente la impresion de los dedos cuando están en relacion con la placenta: — en su superficie fetal se encuentra las ramificaciones de vasos voluminosos; — la region en que está inserto el órgano forma un relieve notable. — Ordinariamente se sienten pequeños crujidos en el cordon antes de romperse. — En los casos comunes la rotura del cordon constituye un simple retraso en el alumbramiento.

**BREVEDAD DEL CORDON.** — Es raro que esta disposicion se convierta en causa de distocia. — La brevedad puede ser esencial ó accidental. — Se han visto cordones que sólo tenían de longitud diez ó veinte centímetros y tambien estar directamente soldados con el feto. — Es notable que semejante brevedad no lleve consigo indispensablemente la necesidad de intervenir. — La brevedad accidental está determinada por las circulares del cordon alrededor de las partes fetales. — Este accidente ocurre sobre todo cuando el cordon es muy largo. — El diagnóstico de esta causa de suspension del parto es con frecuencia difícil, porque el encaje del feto no permite reconocer la naturaleza del obstáculo en el momento que se manifiesta. — Se han indicado los signos siguientes: la retraccion de la cabeza encajada en el intervalo de las contracciones, y un dolor intenso experimentado por la mujer en el momento del esfuerzo uterino, en el punto en que la placenta se inserta. — El mejor signo es la presencia de circulares alrededor del cuello del feto. — La brevedad del cordon puede dar lugar al desprendimiento prematuro de la placenta y á la hemorragia, que es consecuencia de él, á la inversion más ó menos completa de la matriz y á la rotura del cordon. — Por último, las circulares demasiado apretadas interrumpen la circula-

cion funicular y producen la asfixia del feto. — El tratamiento consiste en deshacer las circulares cuando es posible. — En caso de necesidad se corta el cordón accesible y se termina el parto lo más pronto que se pueda. — En las presentaciones de vértice, cuando no se alcanza el cordón, se aplica el forceps.

**NUDOS DEL CORDON.** — Es raro que los nudos del cordón estén bastante apretados para causar la muerte del feto; sin embargo, hay en la ciencia algunos casos que prueban la posibilidad de este accidente.

**PROCIDENCIA DEL CORDON.** — La causa más evidente del prolapso del cordón es el no adaptarse con exactitud al orificio uterino la parte fetal que se presenta. — Se la observa principalmente en los vicios de conformación de la pelvis que retienen la cabeza por encima del estrecho superior; en las presentaciones viciosas, en las procidencias de los miembros, que sirven de conductores al cordón umbilical, y, en fin, durante la introducción de la mano ó de los instrumentos en la cavidad uterina. — La longitud anormal del cordón predispone á su caída. — El diagnóstico es posible algunas veces antes de romperse la bolsa; se toca entonces el cordón, que forma una especie de cuerda floja por debajo de la parte que se presenta. — Se ha pretendido que la compresión del cordón en estas circunstancias podía ser peligrosa para el feto. — Después de rotas las membranas, el diagnóstico es fácil, porque se ve ó se toca el cordón caído. — Entonces es preciso comprobar si el niño vive. — En el caso contrario nos abstendremos de toda intervención. — El aspecto del cordón umbilical no tiene importancia alguna; el examen de los ruidos del feto es un guía mucho más seguro. — El prolapso del cordón, que no influye absolutamente nada en la salud de la madre, tiene para el niño suma gravedad. — Para 100 que nazcan vivos en estas circunstancias, mueren 160. — La causa de la muerte es la asfixia por interrumpirse la circulación. — La cabeza aplasta el cordón contra las paredes de la pelvis. — El enfriamiento del cordón prolapsado y expuesto al aire no influye probablemente sino de una manera muy débil en su circulación. — Disminuye el peligro cuando el cordón se halla en contacto con una parte de la pelvis, como la articulación sacro-iliaca, que esté menos expuesta á las compresiones. — El tratamiento consiste en intentar la reducción con la sonda, propuesta por Dudan. — Si no basta este medio se aplica el forceps ó se hace la versión. Cuando el parto es rápido y el niño no sufre, puede esperarse.

**Hemorragia dependiente del feto ó sus anexos.** Las hemorragias de la placenta han sido ya estudiadas al examinar la apoplejía de este órgano y las lesiones que experimentan los vasos capilares cuando se insertan anormalmente cerca de la región cervical. — En las lesiones de los senos maternos, la sangre derramada puede producir rasgaduras de la placenta. — Ciertas alteraciones del cordón predisponen á la rotura de sus vasos. — Se

han observado algunos casos de hemorragia entre las membranas.

**Lesiones que puede experimentar el feto durante el parto.**  
**CEFALEMATOMAS.** — Se ha designado con este nombre el tumor sanguíneo que se forma cuando el parto se prolonga demasiado; — está constituido por una simple infiltracion subcutánea sero-sanguínea, que no tiene gravedad. — Este chichon se manifiesta en todas las presentaciones. — El cefalematoma subpericraneal es sumamente raro. — Por lo comun se desarrolla en uno de los parietales. — El derrame está circunscrito por las comisuras. — Es casi siempre único. — No está formado como el precedente por una simple infiltracion, sino por una coleccion de sangre. — El tumor está limitado por un rodete duro, formado por el engrosamiento del periostio. — El cóágulo experimenta las diversas transformaciones de los derrames de sangre. — Con frecuencia queda en este punto mas grueso el periostio. — El cefalematoma se desarrolla generalmente en el acto ó uno ó dos dias despues del nacimiento. — Depende de la rotura de los vasos, cuyo mecanismo no se conoce con exactitud. — El tumor desaparece espontáneamente al cabo de un tiempo bastante largo á veces. — Cuando es demasiado voluminoso, y cuando se presentan síntomas de supuracion, se abre con el bisturí.

**FRACTURAS Y HUNDIMIENTOS DE LOS HUESOS DEL CRÁNEO.** — Las fracturas de los huesos del cráneo se observan principalmente en las estrecheces de la pelvis, por efecto de contracciones enérgicas ó de aplicaciones de forceps. — La caída del niño al suelo cuando la mujer pare de pié es tambien una causa determinante. — Se admite que en estos casos los huesos padecen una fragilidad anormal. — Estas fracturas tienen, por lo comun, su asiento en los parietales. — Se observan simples hendiduras ó fracturas completas, con ó sin dislocacion de los fragmentos. — A veces se nota un simple hundimiento en forma de canal. — El diagnóstico de las fracturas es á menudo difícil cuando no son movibles los fragmentos. — Como consecuencias, se observan derrames sanguíneos, y la compresion y contusion del cerebro. — Las fracturas simples no son muy graves; pero cuando está herido el cerebro sucumben con frecuencia los niños al cabo de algunos dias, con síntomas de inflamacion cerebral. — Se han visto fracturas del maxilar inferior y de los miembros cuando en las maniobras del parto se toman puntos de apoyo en estas regiones.

**HEMIPLEJIA FACIAL.** — Esta lesion es efecto de la aplicacion de una de las ramas del forceps, que comprime el nervio facial despues de su salida por el agujero estilo-mastóideo. — La lesion es poco perceptible cuando el niño está en reposo, y se hace manifesta cuando grita. — Entonces se observa la falta de simetría entre los dos lados de la cara. — Esta lesion, sin gravedad, desaparece espontáneamente al cabo de unos dias. — Opone alguna dificultad á que mame el niño.

---

## LIBRO SEXTO

# OPERACIONES

---

### VERSION.

La version es una operacion manual, que tiene por objeto colocar una de las extremidades del eje mayor del feto en relacion con el estrecho superior de la pelvis en las presentaciones viciosas, ó terminar rápidamente el parto cuando una complicacion compromete la vida de la madre ó del niño.

Esta operacion puede practicarse por dos procedimientos: 1.º por maniobras exteriores; 2.º por maniobras interiores, ó sea con introduccion de una mano en el útero.

Este último procedimiento comprende la version *cefálica*, que tiene por objeto poner el vértice en relacion con el estrecho superior; y la *pelviana*, cuyo resultado final es la extraccion del feto por los piés.

Estas tres maneras de modificar la posicion del feto en el cláustro materno, que separadamente estudiaremos, gozan de una importancia relativa muy diferente, siendo la version pelviana á la que ordinaria y casi exclusivamente se recurre. Debo añadir que los dos procedimientos se combinan en la version por maniobras interiores, puesto que la mano colocada sobre las paredes abdominales de la madre favorecen, por presiones determinadas, los movimientos de evolucion del feto.

#### VERSION POR MANIOBRAS EXTERIORES.

Wigand (1857) es el primero que ha desarrollado los principios y sentado las reglas de la version por maniobras exteriores, punto del que los antiguos no tenían sino una idea confusa. Para este trabajo se ha inspirado en las ideas de Froriep y en muchos casos de version espontánea observados en la práctica. La Memoria de Wigand ha sido traducida al francés por Hergott, y



no merece la reputacion que se le ha concedido. La idea fundamental es buena, pero tiene un crecido acompañamiento de consejos pueriles ó de imposible ejecucion, y sostiene proposiciones que estaban desechadas por erróneas en la época en que escribía. Peca de minuciosa, pareciendo estar preocupado del propósito de no dejar en su obra ningun punto sin su conveniente estudio. Mientras se mantiene en los límites de la observacion, es exacto; pero cuando en alas de su imaginacion se lanza al campo de las teorías, lo que le sucede bastante á menudo, y, al parecer, sin que lo sospeche, entonces la verdad no suele salir muy bien parada. Al exponer las ideas del autor cuya crítica científica hago, y que constituye el trabajo más completo que tenemos sobre este asunto, tendré cuidado de no hacerme cargo más que de la parte práctica.

En Francia, Lachapelle, Capuron, Velpeau, Lécorché, Colombe, Stoltz, y recientemente Mattei, han preconizado la version por maniobras externas.

La condicion esencial para practicar esta operacion es la movilidad del feto; así es, que está indicada al principio del parto, y durante éste, cuando la bolsa de las aguas no se ha roto todavía. Sin embargo, se admite la posibilidad de practicarla, pero ya en peores condiciones, cuando se ha roto la bolsa de las aguas, con tal de que sólo una pequeña parte del líquido sea la expulsada. La operacion es impracticable cuando el feto, en contacto directo con la pared uterina, está inmovilizado por la presion que sobre él ejerce el útero.

Mattei propone se recurra á esta version en los tres últimos meses del embarazo. No hay inconveniente en seguir este consejo, pero habrá que repetir esta maniobra tantas veces cuantas el niño adopte la posicion viciosa que se quiere corregir.

Cazeaux cree, con Hergott, que la operacion hecha en tales circunstancias sería inútil, porque al cambiar la direccion del feto, no se hace lo mismo con la forma de la matriz, que es probablemente la causa de la presentacion viciosa.

Esta afirmacion carece de fundamento, pues el feto podrá volver á tomar su posicion viciosa, sin que sea necesario explicar esto por la forma de la matriz. Pensar de otro modo es tomar el efecto por la causa. El útero en el estado de gestacion es un saco membranoso, flexible, y que no tiene más forma que la que le comunica la actitud del feto.

Basta para convencerse de esto el observar las modificaciones que en su forma adopta el útero, ciñéndose á las desigualdades del cuerpo del feto. Creo que nunca se haya podido observar, estando el útero vacío, semejante anomalía, que sería necesario demostrar antes de sostener la hipótesis que rebato.

Antes de toda maniobra es absolutamente preciso hacer un diagnóstico exacto, y con este fin recurriremos al reconocimiento vaginal, á la palpacion por las paredes abdominales y á la aus-

cultacion. Toda cuanta sagacidad y cuidado se ponga para establecer el diagnóstico no será superflua, pues á veces el más ligero error puede conducirnos á hacer precisamente todo lo contrario de lo que nos proponemos, transformando en defectuosa una presentacion normal.

La operacion, sencilla en sí, se reduce á movilizar al feto y darle la posicion conveniente, valiéndonos para conseguirlo de presiones exteriores metódicamente hechas sobre los relieves más voluminosos que presenta el vientre de la mujer, y que están constituidos por la cabeza, el tronco ó las nalgas.

Supongamos una presentacion de hombro izquierdo en segunda posicion, la cabeza descansando en la fosa iliaca derecha y las nalgas en el vacío izquierdo, porque esta presentacion nunca es directamente transversal. En este caso se aplica la mano sobre la cabeza, empujándola hácia el estrecho superior, mientras comunicamos un movimiento análogo, pero en sentido inverso á las nalgas, que empujamos hácia el fondo de la matriz. Esta es la operacion: comunicar al feto un movimiento de báscula, comprimiendo en los extremos de su eje mayor, con el fin de conducirlo á una situacion normal. Como se ve, la maniobra es bien sencilla, y sólo hay necesidad de elegir convenientemente los puntos de apoyo. Hay, sin embargo, algunas dificultades que pueden entorpecer su ejecucion; así en las posiciones dorso-posteriores, los miembros del feto, que se encuentran hácia adelante, como son movibles, pueden perder su situacion á consecuencia de las presiones é impedir el objeto que propone el operador. Tambien cuando el útero está distendido, firme y resistente, las presiones tienen que ser superficiales, y en su consecuencia presentar menos probabilidades de buen éxito. Estas son las dificultades que han hecho mal en callar los autores que se han ocupado de este punto de obstetricia. Cuando, por el contrario, el plano dorsal del feto está dirigido hácia adelante, si el útero es flexible y se deja deprimir con facilidad, éstas son garantías de buen éxito, porque entonces la mano levanta, digámoslo así, las partes que debe dislocar, y la conversion se verifica con cierta facilidad. Solamente es preciso que se mantenga por algun tiempo en la nueva posicion al feto, bien sea con la mano ó con un vendaje conveniente, sin cuyo requisito pudiera suceder que recobrara su posicion primitiva.

Mattei, como primer tiempo de la operacion, quiere que se levante el feto haciéndole perder en lo posible las relaciones directas con la pelvis, á cuyo fin propone se introduzca, con el mayor cuidado, el borde de la mano entre el pubis y la presentacion.

Si la version se practica despues de rota la bolsa, es preciso que se mantenga reducida hasta que las contracciones uterinas fijen al feto en su situacion normal.

Con el objeto de facilitar la version, algunos autores propo-

nen se introduzca uno ó más dedos en la vagina ; recomendacion que rara vez se podrá aprovechar, puesto que en las presentaciones viciosas las partes fetales son inaccesibles al tacto vaginal, y los dedos no ayudan la maniobra más que cuando la reduccion se ha verificado.

Wigand, para practicar la version, coloca á la mujer en decúbito lateral, y pone una almohadilla debajo de la parte fetal que quiere traer á la línea media. De este modo sólo se toma un punto de apoyo sobre el feto, y es más difícil obtener el movimiento de báscula. Por lo tanto, es preferible recurrir á las manipulaciones, colocando á la mujer en decúbito dorsal con una almohada debajo de las nalgas. Se ha aconsejado tambien que la mujer lleve en los últimos tiempos de su embarazo una faja ancha, suave y algo elástica, provista de dos grandes almohadillas, de las que la una corresponde á la cabeza del feto y la otra á sus nalgas, de modo que puedan obrar de una manera lenta y continua. Apruebo este procedimiento, porque me parece que llena de una manera bastante cabal la indicacion que se propone. Esta faja tambien es útil para impedir que el niño vuelva á tomar la posicion viciosa que se le ha hecho abandonar.

Wigand aconseja que se mantengan acostadas sobre el vientre las mujeres que presentan una oblicuidad anterior del útero muy pronunciada. Este autor confunde dos cosas que con frecuencia no tienen ninguna relacion entre sí, y son : la mala direccion del útero y la presentacion viciosa del feto. Positivamente esta postura tan molesta no produciría ningun resultado ventajoso, y la matriz volvería á tomar su primitiva posicion tan pronto como la mujer se sustrajera á semejante suplicio. Cazeaux, al consignar este precepto, omite demostrar su inutilidad.

Mattei, dando más extension á las aplicaciones de la version, quiere emplearla para convertir la presentacion de nalgas en presentacion de vértice. Este resultado sería muy satisfactorio, pero el espacio que tiene que recorrer el feto es muy extenso, y yo creo que no se conseguirá nada en estos casos, á pesar de las más favorables circunstancias y de la habilidad del operador. Wigand se contentaba con llevar al estrecho superior la extremidad del eje mayor del feto que se encontraba más cerca, y creo que esto es lo más prudente. Los peligros de las presentaciones de nalgas son incontestables ; pero de todos modos, son menores que las del hombro, que necesitan una intervencion bastante grave.

Tambien se ha preconizado la version por maniobras externas para regularizar las presentaciones desviadas de vértice. El resultado sería casi seguro, pero la dificultad estriba en que no es posible hacer el diagnóstico exacto hasta una época avanzada del parto. Por último, esta version está contraindicada principalmente despues de rota la bolsa y en todos los casos que exi-

gen una rápida terminacion del parto, como en las hemorragias, convulsiones, procedencias del cordon, etc. La presencia de gemelos es otra contraindicacion; por lo menos mientras los dos permanezcan dentro del útero.

#### VERSION POR MANIOBRAS INTERIORES.

##### VERSION CEFALICA.

Desde tiempos antiguos hasta Ambrosio Paré, convencidos los médicos de que los partos en presentacion de vértice eran los únicos felices, daban el precepto absoluto de llevar la cabeza al estrecho superior en todas las presentaciones que no fueran de la extremidad cefálica, incluso en la de nalgas; sin embargo, desde Celso se recurría á la extraccion por los piés cuando el feto estaba muerto.

Ambrosio Paré y Guillemeau introdujeron en la práctica la version pelviana, conservando sólo la cefálica hasta fines del último siglo un escaso número de partidarios. Por esta época Flament trató de rehabilitarla, teniendo en Francia sus esfuerzos un éxito muy escaso. Oslander, que en Alemania tenía el mismo propósito, adquirió más número de partidarios. Velpeau y Stoltz manifestaron sus simpatías hácia la version cefálica. P. Dubois y Chailly limitaron su empleo á los casos de estrechez de la pelvis, complicados con una posicion viciosa del feto.

Velpéau acepta esta operacion cuando la pelvis está bien conformada, ningun accidente complica la mala presentacion, y la cabeza está en las inmediaciones del estrecho superior; siendo para él contraindicaciones formales la procidencia de un brazo ó la falta de movilidad del feto. Como puede observarse, estas indicaciones y contraindicaciones tienen mucha analogía con las de la version por procedimientos exteriores, solamente que la operacion es más comprometida y difícil de ejecutar, razon que ha hecho disminuir el número de sus adictos. Mme. Lachapelle llegaba hasta dudar de la posibilidad de ejecutarla.

Hé aquí la opinion de P. Dubois: la version cefálica presenta más dificultades, hay más probabilidades de mal éxito; y como generalmente la prontitud es una condicion favorable, se debe preferir la version podálica, pues de lo contrario se pierde la ocasion oportuna, y se compromete la vida del niño.

El procedimiento operatorio se reduce á introducir la mano derecha en las primeras posiciones del hombro (cabeza á la izquierda), y la mano izquierda en las segundas (cabeza á la derecha). Despues se empuja la parte fetal encajada, llevándola á la fosa iliaca opuesta á la ocupada por la cabeza. Una vez rechazado el hombro hácia arriba, se busca la extremidad cefálica, que se abarca con toda la mano, conduciéndola al estrecho superior.

Este tiempo, tan rápidamente descrito, presenta en la prác-

tica graves dificultades, que hacen muchas veces que se abandone la operacion, á pesar de la ayuda prestada por las manipulaciones exteriores. En caso de un mal éxito, hay necesidad de buscar los piés del feto, estando entonces las probabilidades funestas de la version pelviana agravadas por los esfuerzos inútiles que se han hecho sufrir á la madre. A pesar de la autoridad imponente de Stoltz y Velpeau, me parece que la version cefálica quedará siempre como una operacion excepcional, reservada para los casos en que una presentacion viciosa esté complicada con una estrechez de la pelvis, porque entonces se podrá intentar la aplicacion del fórceps sobre la cabeza reducida, lo que es menos peligroso, como pronto manifestaremos, que recurrir á la extraccion por los piés.

#### VERSION PELVIANA.

**Circunstancias preliminares.** Cuando el práctico ha reconocido la necesidad de la version, lo pondrá en conocimiento de la familia ó de los asistentes, teniendo cuidado de advertirles los peligros que dicha operacion tiene para la vida del niño.

Si se advierte á la paciente, debe hacerse con mucha prudencia, sin asustarla con la explicacion de lo que nos proponemos hacer. Se pretexto la necesidad de modificar algo la posicion del niño, sin decirle que la mano debe penetrar en la cavidad uterina. En estos casos acostumbro, sobre todo si la mujer es muy impresionable, no decirle nada y cloroformizarla; evitando de este modo las angustias y las preocupaciones del miedo, que son tan temibles en el puerperio como el dolor físico, suprimiendo tambien de un solo golpe las resistencias y vacilaciones, que á menudo hacen perder un tiempo precioso.

Se coloca á la enferma á traves de la cama, con las nalgas sobre el borde de la misma y las piernas separadas, posicion que se asegura poniendo una tabla debajo de los colchones. Con una ó dos almohadas se levanta algo la parte superior del tronco y la cabeza: dos ayudantes, sentados, se encargan de mantener en posicion los miembros abdominales: cada uno de ellos coloca sólidamente sobre su rodilla un pié de la enferma, poniendo una mano sobre la garganta del pié y la otra sobre la rodilla. Es preciso, siempre que sea posible, contentarse con estos dos ayudantes, que se escogen entre las mujeres que hay presentes. Se descubre á la mujer, y creo excusado decir los motivos que nos hacen alejar de su habitacion á todas las personas del otro sexo, excepto al marido, que por lo demas no suele estar en situacion de prestar útil concurso. En caso de indocilidad extrema por parte de la mujer ó de convulsiones, se tendrá que recurrir á mayor número de ayudantes. Se colocarán sobre los muslos de la enferma unas sábanas que los tapen y protejan á los ayudantes contra las manchas, y con el mismo objeto se cubrirá el pavi-



mento junto á la cama. Fundándose en que el lecho es algunas veces un poco bajo para la comodidad del comadron, se ha aconsejado operar sobre una mesa, ó un mueble de la misma altura, cubierto por un colchon, pero en obstetricia es conveniente habituarse á no tener muchas exigencias, y no hacer, sin motivo, esos grandes preparativos que espantan á las familias.

El práctico, antes que nada, debe hacer un diagnóstico exacto de la presentacion y posicion, estando subordinada á ésta la mano que ha de penetrar en el útero. Ya hemos estudiado, al hablar de las presentaciones y posiciones, cuales son los elementos de diagnóstico; por este motivo nada decimos aquí de ellos.

El práctico se quitará la levita ó gaban. Ya he dicho que el uso del delantal es más propio de los hospitales que de la práctica privada. Habiendo necesidad de introducir el antebrazo dentro de la matriz, se arrollará la manga de la camisa hasta por encima del codo del brazo que va á operar, debiendo hacerse estos preparativos de modo, si es posible, que la mujer no los note.

La posicion del operador, ademas de segura, debe permitirle completa libertad en sus movimientos; un pié delante y otro atras en situacion trasversal constituyen una base segura, que consiente al práctico bajarse y levantarse con facilidad y sin sacudidas. Una mano penetra en el útero, en tanto que la otra fija su fondo; el cuerpo del operador está, pues, inclinado hácia adelante, cuya posicion tiene que modificar segun las exigencias de la maniobra. La version se verifica en breve tiempo cuando se practica antes ó poco despues de rota la bolsa, lo que no acontece cuando hace tiempo que el líquido amniótico se ha vaciado y el órgano está enérgicamente retraido; en cuyo caso la operacion es larga y muy fatigosa, sobre todo, cuando la posicion del comadron es violenta. Creo no tenga necesidad de decir que la molestia del operador es un incidente muy secundario, pues ante todo debe subordinar su comodidad á las exigencias de la operacion.

La cara dorsal de la mano que opera y el antebrazo se cubrirán con manteca ó cerato, de preferencia al aceite, con el fin de facilitar su introduccion en los órganos maternos y evitar en lo posible la inoculacion de la sífilis, que la mujer puede padecer, lo que se ha observado en varios casos. Debe cuidarse de no dar grasa á la palma de la mano: las partes fetales están demasiado escurridizas para que se aumenten las dificultades de su extraccion.

Gamgei, Luthens, Hertwin, Benjamain, Patté y algunos otros veterinarios han indicado el desarrollo de pústulas de eczima en el antebrazo del operador, cuando, por un parto laborioso, ha estado algun tiempo dentro de la cavidad uterina de las hembras de los animales.

Esta erupcion, que muchas veces determina una reaccion ge-

neral bastante intensa, no se verifica sino cuando los líquidos que emanan del útero se han alterado en su composicion. Casos iguales se verifican en la obstetricia humana. Cazeaux ha sido víctima una vez. Hodefroy (de Rennes) ha visto desarrollarse en él mismo pústulas análogas, excesivamente dolorosas, y que han dejado cicatrices indelebles. Sin embargo, estos accidentes son muy raros, y no tienen más consecuencias que dolor y una fiebre de algunos dias de duracion. Con el objeto, pues, en lo posible de evitar estos males, se tendrá cuidado de dar grasa á la mano y antebrazo cuantas veces tenga que penetrar en los órganos de la mujer (1).

Una vez reconocida la necesidad de la operacion, se debe proceder á ella sin tardanza; éste es un precepto general que se aplica á todos los casos de intervencion tocológica, porque nada hay más perjudicial para el buen resultado que esas vacilaciones, en las que se pierde un tiempo precioso.

Es necesario, sin embargo, esperar á que el cuello esté completamente dilatado, sobre todo en los casos en que la operacion tiene por objeto remediar una presentacion viciosa; pero cuando es reclamada por un accidente grave que se presenta en el curso del trabajo, necesitando una rápida terminacion el parto, no hay que esperar á la completa dilatacion. Basta sólo que el cuello sea dilatable para consentir la introduccion de la mano.

Si el práctico gasta sortijas, debe quitárselas, para no aumentar los sufrimientos de la mujer cuando introduce la mano en los órganos genitales.

**Reglas para la eleccion de la mano.** — 1.º En las presentaciones de vértice se elige la mano que, colocada entre la pronacion y la supinacion, corresponde la palma al plano anterior del feto: occipucio á la izquierda, mano izquierda; occipucio á la derecha, mano derecha.

Igual es la regla en las presentaciones de nalgas, region lumbar á la izquierda, mano izquierda; á la derecha, mano derecha.

2.º En las presentaciones de tronco se escoge la mano homónima del hombro que se presenta, sin tener en cuenta su posicion; hombro izquierdo, mano izquierda; hombro derecho, mano derecha.

---

(1) Uno de nosotros ha sido víctima cuatro veces de una dermatosis análoga. Empezaba por una flictena hemisférica, despues de cuya rotura quedaba una ulcerita redondeada, en el centro de la que se observaba una mancha blanquecina, que era un paquete del tejido celular del dermis. Este paquete era eliminado de igual manera que en los forúnculos. La duracion de este último período fué de dos septenarios, y dejaron unas cicatrices blancas, radiadas, en forma de estrella. La causa de la enfermedad fué debida al uso de la manteca, que, como sustancia animal, es más compleja y alterable que el aceite de olivas. Esta opinion se encuentra confirmada por el hecho de no haber padecido enfermedades de esta índole ni antes ni despues de la época en que empleaba las pomadas. Excusado es decir que la enfermedad era en extremo dolorosa é iba acompañada de su correspondiente calentura, fenómenos gástricos, etc., etc. — (N. de los T.)

El observar estas reglas no es de absoluta necesidad, y á veces se separa uno involuntariamente de ellas, sin que por esto sobrevengan graves perjuicios; únicamente sirven para facilitar el encuentro de los piés del niño. La primera condicion necesaria es un diagnóstico exacto, que pueden hacer imposible varias circunstancias, antes de la introduccion de la mano en el útero. En estos casos se hace uso de la derecha, que goza de más agilidad y precision que la izquierda. Ya entonces es fácil reconocer con exactitud la situacion del feto: se procura llegar á los piés, y si no nos es posible, porque la mano que penetró no fué la conveniente, se saca y se introduce la otra. En general, cuando el útero está poco retraido y contiene todavía alguna cantidad de líquido amniótico, la eleccion de la mano es de menos importancia que en circunstancias opuestas.

He observado varias veces que á los prácticos jóvenes les salen mal sus tentativas, sólo porque no penetran lo suficiente en la cavidad de la matriz. La mano, parada á mitad de camino, se pierde con el estudio de las partes que reconoce, y sólo despues de varios é inútiles tanteos consiguen terminar la operacion, si es que no se ven obligados á recurrir á la experiencia de un compañero.

Hay necesidad, no sólo de introducir la muñeca, sino tambien el antebrazo, y llegar en caso necesario hasta el fondo de la matriz. En este sitio, si no se tocan inmediatamente los piés, se encuentran partes que nos han de servir de guía para alcanzarlos.

En las presentaciones de tronco, el error en la eleccion de la mano no es un obstáculo absoluto, siempre que la cara palmar de la mano introducida corresponda al plano anterior del feto, cualquiera que sea el hombro que se presente; el error solamente trae consigo mayor dificultad para coger los piés.

**Maniobra para la version en las presentaciones de vértice.**—La maniobra para esta version ha sido dividida en tres tiempos: 1.º introduccion de la mano; 2.º evolucion del feto; 3.º extraccion. Puede faltar este último tiempo cuando el objeto del operador se limita á enmendar una posicion viciosa, porque en este caso, cuando mediante la version ha colocado la extremidad pelviana del feto en relacion con el estrecho superior, confía su expulsion á los esfuerzos de la naturaleza.

**1.º INTRODUCCION DE LA MANO.**—Lo primero que debe hacerse es colocar una mano encima del fondo del útero para impedir que éste se eleve por la impulsión ejercida con la mano que se introduce. Sin esta precaucion pudieran verificarse roturas de grande importancia en las inserciones utero-vaginales.

La mano se presenta de canto al orificio vulvar, introduciendo los cuatro dedos de la mano reunidos en forma de cono ó simplemente aproximados, escondiéndose el pulgar en la concavidad de la palma. Para este primer tiempo se aprovecha el espacio que media entre dos contracciones, a fin de no duplicar el dolor

que experimenta la mujer á consecuencia del esfuerzo uterino (1). Se penetra lentamente en la vagina siguiendo la direccion de su eje por suaves movimientos de semi-rotacion. El momento más doloroso de la introduccion es el del paso de la articulacion metacarpo-falángica, que presenta un volumen considerable. A medida que la mano avanza debe seguir el eje de la excavacion de la pelvis, y pararse al llegar al orificio uterino, esperando para penetrar por él á que el órgano manifieste un completo estado de reposo.

En los casos en que el mencionado orificio sólo está dilatado, y no enteramente abierto, se procede con las mismas precauciones que se emplean para atravesar el anillo vulvar, cansando en cierto modo su resistencia por medio de movimientos de semi-rotacion persistentes, que suspendemos cuando se anuncia una contraccion, para volver á ejecutarlos tan pronto como ésta ha pasado.

Cuando las membranas están intactas, se ha aconsejado desprenderlas, á fin de penetrar entre ellas y el útero. La utilidad de este procedimiento, cuyo principal objeto es el de conservar en la bolsa amniótica agua suficiente para favorecer los movimientos del feto, se ha puesto en duda, pues tiene el inconveniente de ser operacion larga, no siempre fácil, y exponer al desprendimiento parcial de la placenta, que la mano puede encontrar en su camino. Cuando el huevo está intacto, la version es fácil y rápida; el brazo obstruye el paso á la salida de las aguas, impidiendo su rápida evacuacion, quedando, por lo tanto dentro del útero las suficientes para favorecer los movimientos del feto. En vista de lo dicho, es preferible, á desprender las membranas, el perforarlas en el momento oportuno, con cuya práctica el diagnóstico de la situacion del nuevo sér gana en seguridad.

Hüter va más allá: pretende que despegando sólo las membranas, sin romperlas, se pueden coger los miembros del feto, hacer su conversion, y confiar el resto del parto á la naturaleza. A pesar de las cinco observaciones que presenta en apoyo de este proceder operatorio, confieso que comprendo muy poco su posibilidad, y que no pasa, en mi opinion, de ser un precepto difícil de practicar, y que encontrará muy pocos partidarios.

Así que la mano ha pasado por el cuello, algunos autores han recomendado que se coja la cabeza del feto, se la eleve y rechace á una de las fosas iliacas antes de pasar á buscar los piés. Este

---

(1) Algunos aconsejan introducir la mano durante la contraccion de la matriz, pensando que de esta manera pasará desapercibido para la mujer este primer tiempo de la operacion. Pero la verdad es que este consejo produce el efecto contrario al que esperan los que lo proponen, toda vez que la mujer, así como puede achacar al dolor uterino el que resulta de la introduccion de la mano, puede tambien, y es lo más frecuente, creer que debe al comadron todos los sufrimientos que entonces experimenta. Creemos, por lo tanto, que es un mal consejo. — (N. de los T.)

consejo, tomado de Deleurye, no debe practicarse, porque complica la maniobra sin ninguna utilidad y puede traer malas consecuencias. El objeto que se proponen es facilitar el camino á la introduccion de la mano; pero cuando el feto está movable, esta precaucion es innecesaria, porque cambia fácilmente de lugar á la simple presion que le comunica la mano al pasar entre él y la pared uterina, y cuando el útero está fuertemente retraido, como el feto está inmóvil, dicha impulsion comunicaría á la matriz un cambio de lugar en su totalidad, que ejecutado con fuerza ó persistencia podría determinar roturas, ó por lo menos dislaceraciones, que es preciso evitar, sin que al exponernos á tantos daños logremos que la cabeza cambie de sitio.

Es excesivamente raro que la mano encuentre gran obstáculo á su penetracion en el intervalo de las contracciones. Si el paso es difícil, á pesar de la completa dilatacion del cuello, debe procederse con prudencia y lentitud, pasando, como se pueda, cerca de la cabeza, sin tratar de cogerla á mano llena ni rechazarla. Debe suspenderse todo movimiento durante el esfuerzo uterino.

Algunas veces las contracciones son tan fuertes y se suceden con tal rapidéz, que el brazo comprimido se adormece y queda insensible; la mano, paralizada, no distingue lo que toca ni tampoco tiene fuerza para cogerlo. En estos casos hay que retirar la mano, operar con la otra ó esperar, para renovar las tentativas, á que la primera haya recobrado su perdida sensibilidad. Hay, sin embargo, ejemplos de que la fatiga del práctico ha llegado tan á lo sumo, que ha tenido necesidad del socorro de un ayudante para terminar la operacion.

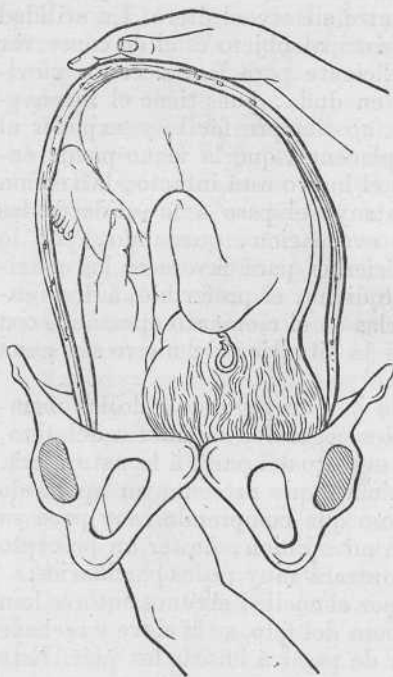


Figura 98.

Hay dos caminos para llegar á encontrar los piés del feto. El primero es directo: se pasa por delante del plano abdominal del feto y se cogen las rodillas ó los piés (fig. 98).

Por este camino la maniobra es más rápida, y conviene se-



guirlo cuando es exacto el diagnóstico y el práctico experimentado. El segundo camino, menos directo, es más seguro para los principiantes: consiste en seguir el plano lateral posterior del feto, subiendo hasta las nalgas, que sirven de guía para encontrar los pies pasando la mano por los muslos, corvas y piernas.

Es preciso tener cierta costumbre para reconocer lo que se toca dentro de la cavidad uterina, porque se confunden con facilidad unos órganos con otros, por ejemplo, una mano con un pié, cuyo hábito no se adquiere sino con la práctica. Aconsejo, pues, á los médicos noveles que sigan el plano lateral del feto en vez del camino directo; sin embargo, si el órgano estuviese muy retraído y privado de líquido amniótico, habrá que renunciar á este procedimiento.

Suele acontecer á menudo que no se alcance más que un solo pié ó una sola rodilla; no hay que preocuparse por esta contra-

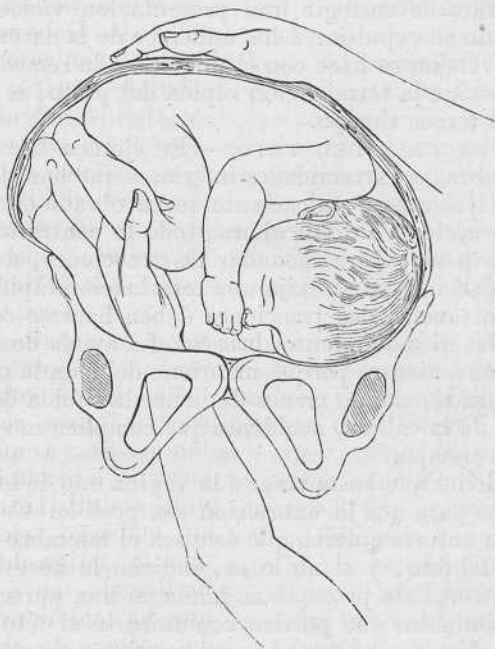


Figura 99.

riedad, y se continuará la operacion sin empeñarse tenazmente en buscar el otro pié. Minuciosamente se ha descrito el modo como deben cogerse los pies, diciendo que el índice se coloca entre los dos maléolos internos, el pulgar sobre el borde externo de uno de los miembros, y los tres dedos restantes sobre el lado

externo de la otra pierna ; pero estas precauciones hacen perder el tiempo inútilmente, siendo á veces imposible practicarlas. Por consiguiente, se cogerá el miembro como se pueda, teniendo únicamente cuidado de agarrarlo con seguridad.

2.º EVOLUCION DEL FETO (*Voltereta*).— Se practican tracciones sobre la parte cogida, piés ó rodillas, de modo que se doble el feto hácia su plano anterior. La mano que sostiene exteriormente el útero presta en este caso un concurso más activo, facilitando el movimiento de la cabeza, que debe subir hácia el fondo del útero por medio de presiones bien dirigidas é inteligentes, análogas á las empleadas en la version por maniobras exteriores. Este concurso es, sobre todo, preciso cuando la matriz, fuertemente retraida, inmoviliza al feto.

Este tiempo de la operacion debe tambien practicarse en el intervalo de las contracciones. La evolucion es completa cuando el eje mayor del feto se encuentra en la misma direccion del eje del estrecho superior. Aquí termina la maniobra cuando el práctico sólo trata de corregir una presentacion viciosa del feto, abandonando su expulsion á los esfuerzos de la naturaleza ; pero cuando la version se hace con el propósito de remediar un accidente que exige la terminacion rápida del parto, se procede sin tardanza al tercer tiempo.

3.º EXTRACCION DEL FETO.— Se ejercen tracciones bien dirigidas sobre las extremidades inferiores que han descendido á la vagina. Hasta aquí únicamente se ha obrado en el intervalo de las contracciones ; desde ahora, todo lo contrario, se espera el esfuerzo uterino para secundar las tracciones, á menos que una necesidad imperiosa exija una terminacion rápida, y aun en estas circunstancias, las tracciones deben hacerse con cuidado, sin sacudidas ni movimientos bruscos. La ayuda de las contracciones es conveniente, porque mantiene doblada la cabeza en su posicion normal, siendo menos de temer la subida de los brazos á los lados de la cabeza, accidente que complica muy á menudo este último tiempo.

Hemos dicho que basta traer á la vagina uno de los miembros abdominales para que la extraccion sea posible. Cazeaux y algunos otros autores quieren que éste sea el miembro subpubiano ó anterior del feto, y si no lo es, indican la necesidad de ir á buscar el otro. Este precepto se funda en una apreciacion falsa de los movimientos que pueden comunicarse al feto durante la extraccion. Ya se sabe que el parto termina más rápida y felizmente cuando el plano posterior del feto está dirigido hácia delante. A veces no se obtiene este resultado sino comunicando al miembro que sirve de punto de apoyo una torsion que hace ejecutar á todo el cuerpo del feto un movimiento de espiral prolongado, de modo que las caderas y el pecho penetren en el estrecho superior é inferior en relacion con los diámetros mayores de estas regiones, y que finalmente, el occipucio se coloque detras

del pubis cuando la cabeza ha penetrado en la excavacion. Los autores del precepto, que considero inútil, suponen que el movimiento de espiral es más fácil producirlo cuando se obra sobre el miembro subpubiano que cuando se ejecuta con el que mira al sacro. En ambos casos, las condiciones de la operacion son igualmente favorables. Como el pié que se encuentra en la vagina indica si pertenece al miembro colocado hácia delante (su borde externo es anterior), ó al que está hácia atras (su borde externo es posterior), basta reconocer su situacion, respecto á la pelvis, para saber determinar la necesidad del movimiento de espiral y conocer la direccion que se le debe imprimir.

Se ha dicho igualmente que el miembro anterior podía quedar apuntalado contra la sínfisis pubiana y constituir así un obstáculo casi invencible. Esto no pasa de ser una hipótesis, que no se ha comprobado todavía, al menos que yo sepa. El miembro no arrastrado, sea cualquiera su posicion, se eleva sobre el plano anterior del feto, cuya particularidad no tiene graves consecuencias.

Si durante la traccion se notara cierta resistencia, es conveniente no emplear mucha fuerza sobre el miembro aislado; debe introducirse el dedo aplicándolo en forma de gancho sobre el pliegue de la ingle, sin tratar, por supuesto, de doblar el miembro por este medio, reduciéndose sólo á hacer ligeras tracciones. Cuando la elevacion del feto no consienta hacer esto, se recurrirá al gancho obtuso, en que termina una de las ramas del foriceps, haciéndolo penetrar por entre los muslos del feto, procurando no contundir sus órganos genitales. Se explorará con un dedo, colocado por fuera del miembro hácia qué punto se halla la extremidad libre del gancho, para evitar que tropiece con los órganos maternos.

Hay, sin embargo, una circunstancia que hace necesario buscar el segundo pié, y es cuando, á consecuencia de contracciones espasmódicas del orificio uterino, queda sujeta por él la raíz del miembro extraído. La nalga que está por encima aumenta bruscamente el volumen de las partes encajadas, y el parto se suspende hasta que cesa la contraccion anormal, ó hasta que se ha cogido el otro miembro. Entonces el feto, presentado por el vértice de un cono prolongado, va dilatando progresivamente las partes blandas que atraviesa. Cuando esta contraccion se ha presentado, hay que temer que vuelva á manifestarse sobre el cuello del niño despues del paso de los hombros, cuyo accidente es grave, segun ya dejamos dicho cuando hablamos de la distocia materna.

Cuando se cree conveniente buscar el segundo pié, se aplica un lazo con una cinta ó tira de lienzo á la pierna que se ha extraído para impedirla que ascienda. Se sigue el lado externo del miembro que sirve de guía, y se penetra con precaucion en el útero. Una vez en él, se coge el segundo pié, y con las precauciones establecidas se le hace descender á la vagina.

Ya he dicho que en las posiciones dorso-posteriores es preciso comunicar al feto un movimiento de espiral prolongado. Este debe ser hecho de modo que se presenten sucesivamente al diámetro cocci-pubiano de la pelvis, el bis-iliaco, bis-acromial y sub-occipito-bregmático del feto, determinando así artificialmente los fenómenos naturales del encaje. Debe tenerse un especial cuidado para evitar que las regiones dichas se presenten transversalmente al estrecho inferior.

A medida que el feto va saliendo de la vulva, se lo sostiene cogiéndolo por extensas superficies, tomando apoyo sobre las regiones óseas, y aproximando las manos á la vulva á medida que se van presentando nuevas regiones, debiendo sólo tener cuidado de no hacer compresion sobre el abdomen de la criatura. Cuando el ombligo es accesible al dedo, examinaremos la tension del cordón tirando de su extremidad placentaria para aflojarlo, quitando tambien con cuidado las vueltas que pueda traer alrededor de los miembros inferiores.

Cuando la traccion se ha hecho durante las contracciones, la cabeza permanece doblada y los brazos en relacion con el pecho del niño. Pero cuando la impaciencia del profesor guía sus actos haciéndole proceder con demasiada rapidez, la cabeza se desdobla y los brazos ascienden á sus lados, complicaciones indispensables de corregir para terminar el parto.

En los casos en que el occipucio queda atras complicado con extension de la cabeza, Mme. Lachapelle indica un procedimiento operatorio poco menos que impracticable. Consiste en introducir en la excavacion la mano, sumamente inclinada sobre su borde radial; abarcar el occipucio, procurando comunicar á la cabeza un movimiento de rotacion que haga volver la cara hácia adelante, determinando despues el movimiento de flexion que aproxima el menton al pecho.

Este procedimiento, que jamás habrá sido practicado, debe desecharse por varias razones: 1.<sup>a</sup>, porque presentando la mano en la inmensa mayoría de los casos un grueso de unos tres centímetros, es imposible que penetre entre la pared pelviana y la cabeza del feto, que debe contornear; 2.<sup>a</sup>, aun admitida su introduccion, sería tan molesta y fatigosa su postura, que no habría medio de comunicar movimientos bastante precisos para terminar esta maniobra; 3.<sup>a</sup>, por último, cuando la cabeza está completamente extendida, lo que corresponde á una posicion de cara vuelta hácia arriba, el parto se haría imposible si se consiguiera llevar atras el occipucio, en razon de que la flexion no se podría obtener, porque el diámetro occipito-mentoniano, que mide 135 milímetros, no puede bascular en la excavacion, que sólo mide 120. Ahora bien, en la extension de la cabeza, ya mire la cara hácia arriba ó hácia abajo, la ley fundamental del parto exige que se traiga el menton hácia adelante. Por lo tanto, si la maniobra aconsejada por Lachapelle se realizara en estas cir-

cunstancias, daría por resultado hacer imposible la terminacion del parto por enclavamiento de la cabeza.

Mucho más valdría, en la extencion moderada de la cabeza, comunicarla por medio del fórceps su movimiento de rotacion antes que penetrar con la mano en la pelvis. En las extensiones completas que pueden suceder á una version por una presentacion de cara, hay que dejar la barba hácia adelante y extraer la cabeza mediante una aplicacion de fórceps que haga bascular el occipucio hácia atras. El cuerpo del feto será levantado hácia el vientre de la madre, y el centro de movimiento será la region cervical anterior.

Para obtener la flexion de la cabeza se coloca al niño á caballo sobre uno de los antebrazos del práctico; la mano correspondiente se introduce hasta la excavacion, y colocando entonces dos dedos dentro de la boca del feto, se obtiene el movimiento de flexion. La mano libre coopera á este resultado empujando la nuca por debajo de la sínfisis pubiana, y despues, para que el maxilar no soporte todo el esfuerzo de las tracciones, se encorvan en forma de gancho los dedos índice y medio de esta mano, que separados por el cuello del niño, obran sobre los hombros para extraer la cabeza.

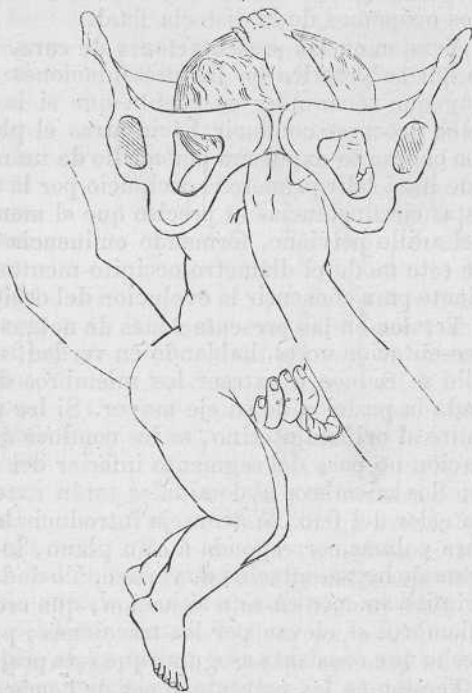


Figura 100.

La subida de los brazos á los lados de la cabeza es causa de suspension del parto y algo dificultosa de vencer. Debe empezarse por el brazo más posterior, en razon al mayor espacio que presenta la corvadura del sacro. La mano que ha de intervenir es la que lleva el mismo nombre que el miembro sobre que se quiere operar, haciendo deslizar sus dedos medio é índice hasta por encima de la articulacion humero-cúbico-radial del feto (fig. 100), y el pulgar á la cara opuesta del miembro, concurriendo á formar una especie de férulas que protejan al brazo contra las fracturas.



Se procura bajar el miembro en el sentido de la flexion, haciéndolo pasar por el plano anterior del feto. El colocado detras de la sínfisis pubiana será extraído del mismo modo. Cuando el brazo situado anteriormente está tan comprimido que no se le puede extraer, á pesar del desprendimiento del otro, se comunica al tronco un movimiento de rotacion que coloca el hombro en la direccion del diámetro transversal ó en la concavidad del sacro, siendo ya entonces sencillo desprendimiento. El cruzamiento de los brazos por detras de la nuca es una complicacion posible de la version. Ya dejamos estudiado este accidente cuando nos ocupamos de la distocia fetal.

**Version en las presentaciones de cara.** No difiere en nada de la que se practica en las presentaciones de vértice; solamente hay que tener muy en cuenta que si la extension persiste, se debe procurar conducir hácia atras el plano posterior del feto. La cabeza se expulsará por medio de un movimiento de báscula, que hará salir primero el occipucio por la comisura posterior. En estas circunstancias es preciso que el menton se encuentre fuere del anillo pelviano, formando eminencia por encima del púbis; de este modo el diámetro occipito-mentoniano se reduce lo suficiente para consentir la evolucion del occipucio en la excavacion.

**Version en las presentaciones de nalgas.** La maniobra en esta presentacion no es, hablando en verdad, una version, puesto que sólo se reduce á extraer los miembros del feto, sin alterar en nada la posicion de su eje mayor. Si los piés ó las rodillas están junto al orificio uterino, se los conduce á la vagina. Su investigacion no pasa del segmento inferior del útero. En los casos en que los miembros abdominales están extendidos sobre el plano anterior del feto, se aconseja introducir la mano de modo que su cara palmar corresponda á este plano, lo mismo que cuando se trata de la presentacion de vértice. Yo dudo que el feto se presente primitivamente en esta situacion, que creo sea debida á que los miembros se elevan por las tracciones; pues no conozco ningun hecho que consienta asegurar que esta posicion preexista al parto.

**Version en las presentaciones de hombro.** La presentacion de hombro es esencialmente distócica, y hay que corregirla mediante la version tan pronto como sea posible; pero la maniobra suele reducirse, á menos de accidente que exija una extraccion rápida, á colocar las nalgas en el estrecho superior, abandonando el resto del parto á la naturaleza.

Ya dijimos lo útil que es operar con la mano del mismo lado que el hombro que se presenta: hombro derecho, mano derecha. Esta regla general permite alcanzar los piés con mucha menos dificultad; sin embargo, se puede tambien conseguir este resultado cuando la cara palmar de la mano introducida corresponde al plano anterior del feto.

Sobre los preliminares de la operacion nada añadiremos á lo dicho, pues son los mismos que los empleados para la de vértice.

Las presentaciones de hombro son dos, y cada una de ellas se subdivide en dos posiciones : son, pues, cuatro las que debemos estudiar.

PRIMERA POSICION DE HOMBRO DERECHO. —

*Céfalo-iliaca izquierda.* —

*Dorso hácia adelante.* —

La mano derecha penetra en el útero sin tratar de rechazar la parte del feto que se presenta ; ya he dicho hace poco lo inútil y aun peligrosa que es tal práctica. La mano encuentra espacio suficiente para pasar entre el niño y la pared pelviana, y no tiene más que seguirlo. En este caso, tambien se presentan dos caminos : 1.º ir directamente á buscar los piés pasando entre el hombro y la pared posterior de la pelvis, siguiendo el plano anterior del feto ; 2.º contornear el plano lateral superior del feto. Este último es más difícil de practicar. pero da más seguros resultados, conviniendo usarlo



Figura 101.

cuando el diagnóstico es dudoso ó el profesor poco experimentado ; pero es impracticable cuando el útero está muy retraído y falta casi completamente el líquido amniótico.

Una vez cogidos los piés se los traerá á la vulva. A causa de la situacion del feto este movimiento determina en él una torsion del raquis, al que sigue otro de rotacion en totalidad á medida que las nalgas bajan y la cabeza se eleva hácia el fondo del útero. La mano, que está aplicada exteriormente á la matriz, favorece esta conversion. Tanto la flexion como la rotacion que experimenta el feto en estas circunstancias no son de gravedad, porque están repartidas en todo el largo de la columna raquídea. En este cambio de lugar el feto obedece sólo á las tracciones y presenta naturalmente tendencia á volver el dorso hácia la sínfisis sacro-iliaca. Hay, pues, necesidad, para impedir que esto suceda, de comunicar á los miembros inferiores una torsion que coloque el plano posterior á la derecha y adelante (1).

(1) Con objeto de facilitar la evolucion del feto, aconseja Barnes que se procure coger el pié opuesto al hombro que se presenta. — (N. de los T.)

SEGUNDA POSICION DE HOMBRO DERECHO. — *Cefalo-iliaca derecha.* — *Dorso posterior.* — Si se escoge el camino directo

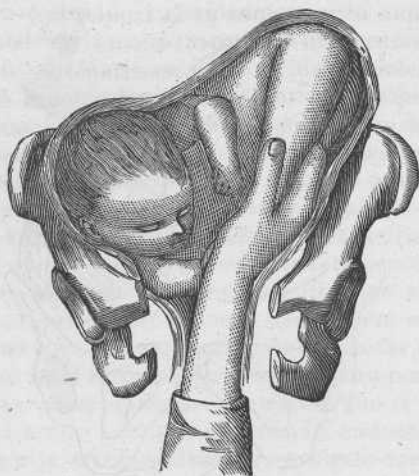


Figura 102.

para llegar á los piés, es decir, el plano anterior del feto, se introducirá la mano derecha en pronacion, teniendo que penetrar entre el pubis y la parte que se presente (figura 102).

Cuando el útero está muy retraído, suele ser en extremo difícil pasar entre la region pubiana y la presentacion, porque la mano puesta en pronacion y muy doblada hácia el antebrazo se encuentra muy torpe y hace fracasar la maniobra. En estos casos se manda á la mujer poner de rodillas, é introduciendo la mano



Figura 103.

por detras, en supinacion, se llega al objeto deseado, cual es hacerse dueño de los piés, con mucha mayor facilidad. Tambien se puede, introduciendo la mano en supinacion y costeando el plano lateral del feto que mira hácia abajo, llegar hasta las nalgas (figura 103).

En esta posicion tambien experimenta el feto el movimiento de torsion de que acabamos de hablar, con la diferencia de dirigirse el plano posterior adelante en vez de hacerlo atras, como en el caso precedente.

PRIMERA POSICION DE HOMBRO IZQUIERDO. — *Céfalo-iliaca izquierda.* — *Dorso hácia atras.* — Esta posicion exige la misma maniobra que la segunda de hombro derecho que acabamos de describir; únicamente la mano izquierda será la que actúe, y se corregirá por la traccion en espiral el movimiento que dirige atras el dorso del feto.

SEGUNDA POSICION DE HOMBRO IZQUIERDO. — *Céfalo-iliaca derecha.* — *Dorso hácia adelante.* — Igual es la maniobra en este caso que en la primera de hombro derecho, con la sola diferencia de que la mano que se introduce es la izquierda.

PRESENTACION DE HOMBRO CON PROCIDENCIA DE UN BRAZO. — La procidencia del brazo en las presentaciones de hombro no constituye por sí misma una complicacion para la maniobra, y sólo indica que el hombro está muy encajado y que la retraccion uterina es enérgica: á estas dos circunstancias hay, pues, que atribuir la verdadera causa de la dificultad. No debemos tirar del miembro procidente, pues encajaríamos más el hombro y agravaríamos la situacion sin conseguir extraer al feto por este medio, á menos de que fuera de poco tiempo. Tampoco es conveniente tratar de reducir el brazo, porque fatigaríamos á la mujer con una maniobra completamente inútil. Lo repito, la procidencia del brazo no es obstáculo para la version, y á veces es una circunstancia favorable, porque permite precisar el diagnóstico cuando el feto está movable en el útero poco retraído.

Se debe aplicar un lazo á la muñeca del feto (fig. 101), no para impedir que ascienda el brazo, sino para oponernos á que durante la maniobra pueda tomar una mala direccion. El lazo es tambien útil para favorecer la rotacion del tronco y ayudar las tracciones cuando se extrae el feto. Puede suceder que una retraccion invencible del útero resista á los medios empleados para combatirla, y exija la embriotomía; pero la sola amputacion del brazo caído no quita las dificultades, siendo por este motivo conveniente proscribir esta operacion, practicada alguna vez por los antiguos (1). La version puede hallar obstáculos en su marcha, y la pueden complicar la mayor parte de las causas que constituyen la distocia materna y fetal. Para evitar inútiles repeticiones sobre este punto, me limitaré á remitir al lector á los capítulos que tratan de la rigidez del cuello, de las contracciones irregulares, de la insercion de la placenta en la proximidad del cuello, etc.

**Apreciacion de la version.** Es difícil dar una idea exacta de los resultados que produce esta operacion, sacados de las estadísticas que tenemos á la vista. Las causas que la motivan, son muy numerosas y diversas. Cuando es reclamada por un accidente, es muy difícil saber la parte que corresponde á éste, y la que ha tenido la operacion en el resultado funesto.

(1) Un cirujano francés, cuyo nombre no recordamos ahora, tuvo la desgraciada fortuna de extraer vivo un niño despues de haberle amputado sucesivamente los dos brazos. Los tribunales creyeron justo condenar al profesor á pagar una pension vitalicia al niño que habia salvado.

Este suceso, motivado por una sentencia que muchas personas creen justa, ha servido de base para establecer el precepto de no amputar el brazo prolapsado, sino cuando el feto está muerto, ó como operacion preliminar para una embriotomía.

(N. de los T.)

Si únicamente se toman en cuenta las practicadas para remediar una posicion viciosa del niño, tropezamos con las mismas dificultades de apreciacion. Cuando la operacion se practica en el momento de la rotura de las membranas, es sencilla, rápida, poco grave para la madre, sufriendo el niño solamente las malas consecuencias de la presentacion de nalgas, que, por otra parte, no acrecienta mayormente la version. Al contrario, cuando la intervencion tiene lugar mucho tiempo despues de la salida del líquido amniótico en un útero fuertemente retraido, la operacion es penosa, larga, y muy á menudo peligrosa para la madre. El pronóstico es mucho más grave todavía para el niño, cuya vida está ya comprometida antes de toda tentativa de intervencion; pues á sus desórdenes circulatorios hay que añadir los peligros inherentes á la extraccion por las nalgas.

La mayor ó menor destreza del práctico entra por mucho en el resultado de la manioobra, y no debe tampoco olvidarse la época que ha considerado oportuna para proceder á la operacion. Por consiguiente, si es partidario de la expectacion prolongada, los resultados que obtenga no serán iguales á los que le daría una solicitud más oportuna (1). La estadística que voy á dar se divide en tres grupos: uno aleman, inglés el otro, y, por último, el tercero, que representa la práctica francesa. No dejarán de notarse en ella las considerables diferencias que median entre las tres escuelas, siendo la francesa, aparte del contingente que suministra P. Dubois, la que presenta menos casos desgraciados.

Estas diferencias son demasiado considerables para que se pueda conceder un valor riguroso al término medio que suministra el total de observaciones. Debemos fijarnos sobre todo en los resultados parciales que caracterizan la práctica de cada autor.

Es de lamentar que en estas estadísticas no siempre se haya tenido en cuenta la suerte de las operadas, porque este vacío, sumamente importante, hace incompletos unos trabajos que tanto estudio y observacion representan.

---

(1) A fin de que el profesor ilustrado quede en el buen lugar que merece, debe hacer constar ante las personas presentes é interesadas por la enferma, las probabilidades de mal éxito con que va á ejecutar la operacion, si se ha intentado antes por otros profesores, y, sobre todo, si alguno ha tenido el mal pensamiento de administrar el cornezuelo de centeno. — (N. de los T.)



PROFESORES.	Número de versiones.	Niños muertos.	Proporcion centesimal	Término medio.
Riecke.....	3.120	175	53,6	54,9
Stein.....	66	33	50,0	
Ossiander.....	68	41	58,8	
Franque.....	1 832	1.675 (1)	57,6	
Churchill.....	542	482	36,6	41,0
Collins.....	32	12	37,5	
Sinclair et Johnston....	64	17	26,5	
Lee.....	39	29	74,4	
Ramsbotham.....	158	98	62,2	22,2
Velpeau.....	80	15	18,7	
Lachapelle.....	174	38	21,8	
Boivin.....	208	31	14,8	
Dubois.....	59	33	54,2	
	6.462	2.678	52,3	

El total general 52,3 muertos por 100 no es exacto si examinamos estos grupos aisladamente. Así, mientras que Alemania eleva su cifra á 54,9, Inglaterra descende á 41,0, siendo aún mayor que en Francia, en donde la mortalidad no pasa de 22,2 por 100. Para apreciar exactamente los resultados de la version, sería preciso que las estadísticas se basaran sobre hechos de la misma naturaleza. Las conclusiones ó resultados sin orden metódico no aclaran sino muy debilmente las cuestiones; sin embargo, cuando se opera sobre gran número de hechos, los detalles se establecen ó fundan en el conjunto, pudiéndose obtener términos medios bastante exactos.

Riecke, que da á conocer el número de operadas que han fallado, dice que han sido 300 en 3.120 versiones, ó sea un 9,9 por 100.

La estadística de Franque, que recae en 1852 casos, da para la madre una mortalidad de 106, ó sea la proporción de 5,3 por 100.

Churchill ha formado una estadística de 3.350 casos de version, en la que se consigna el resultado para la madre, y comprende alguno de los autores que he citado. La mortalidad es de 219, ó sea 6,2 por 100, ó 1 por 15.

Collins presenta un resultado que, aunque se funda en un corto número de observaciones, es muy digno de fijar la atención, porque demuestra las consecuencias funestas de la expectación en estas circunstancias. En los casos en que la version ha sido necesaria, ha perdido una mujer por cada 21, cuando la duración del parto ha sido de veinticuatro horas: la mortalidad se ha elevado á 1 por cada 3 cuando ha pasado más tiempo.

En los 64 casos que he tomado de Sinclair y Johnston, han

(1) He separado de esta estadística los casos en que se indicaba que los fetos estaban macerados. He aumentado á la de Sinclair 19 casos de version en gemelos, consignados en otra parte de su obra. Haré notar que estos 19 casos sólo han dado dos muertos. — (N. del A.)

sucumbido 10 mujeres, incluyendo un caso de version complicada con craneotomía, ó sea un 15,6 por 100. Estos hechos son relativos á pelvis bien desarrolladas. Los casos desgraciados, tanto para la madre como para el hijo, son en mayor número cuando hay desproporcion entre las partes maternas y las del feto. Volveremos á ocuparnos del presente asunto, porque bien lo merece su importancia.

En resumen, la version es una operacion grave, puesto que con ella se pierde en Francia, donde los resultados son bastante favorables, un niño de cada cuatro, ascendiendo la mortalidad en las madres á un 8 por 100, segun los datos precedentes.

Reuniendo, pues, los resultados que da para la madre y la criatura, tendremos un resultado final en el que la cifra de la mortalidad á consecuencia de la version se eleva á un 30,1 por 100.

Las razones determinantes para practicar la version no son las mismas para todos los cirujanos, de lo que resulta que las estadísticas presentan grandes diferencias entre sí, bajo el punto de vista de la frecuencia de la operacion.

PROFESORES.	Número de partos.	Número de versiones.	Proporcion.
Collins.....	16.654	32	1 cada 520
Sinclair et Johnston.....	13.748	64	1 — 215
Lachapelle.....	22.213	174	1 — 128
Boivin.....	20.517	208	1 — 99
Riecke.....	219.353	3.120	1 — 70

La práctica francesa está representada con bastante exactitud por las cifras de Boivin y de Lachapelle.

**Indicaciones y contraindicaciones de la version.** Esta no es una maniobra de eleccion, sino de necesidad, y siempre que sea posible debe darse la preferencia al forceps. Ya veremos más adelante, al comparar estos dos recursos operatorios, que el forceps es menos peligroso para la madre y para el niño.

La version está indicada en las presentaciones de tronco, y aun en este caso antes de intentarla hay que tratar de modificar la situacion del feto mediante maniobras externas cuando éstas son todavía practicables. Se tratará de corregir las presentaciones inclinadas de cabeza por medio de una de las ramas del forceps, y si por este medio nada se consigue, se recurre á la version. En los casos en que la placenta, por insertarse cerca del cuello, no permite al instrumento coger la cabeza del feto, se terminará el parto mediante la operacion de que tratamos.

Tales son los límites prácticos de esta operacion. Con todo, debemos advertir que, si bien es verdad que el forceps es menos peligroso, su diferencia con los resultados de la version no es

tan grande que se deban seguir rigurosamente los preceptos que he expuesto en los casos en que alguna circunstancia particular obligue á quebrantarlos. Por ejemplo, cuando un principiante no se determina á aplicar el instrumento sobre la cabeza, situada por encima del estrecho superior, en cuyas circunstancias la operacion presenta algunas veces ciertas dificultades que se vencen con el hábito, puede recurrir á la version, que es más fácil de practicar (1). Tambien puede acudirse á ésta cuando habiéndosele olvidado al profesor el forceps, se halle precisado por las circunstancias del accidente á terminar prontamente el parto. De seguro que este proceder, aunque grave, traerá resultados menos peligrosos que una expectacion demasiado prolongada.

Debe tambien no olvidarse que en ciertos casos de hemorragia ó de accidentes graves y repentinos, que coincidan con una presentacion de vértice y poca dilatacion del cuello, el práctico puede verse forzado á recurrir á la version cuando el peligro es urgente. La mano penetra con cierta facilidad en el útero, al paso que las dos ramas del forceps no se introducirían sino á costa de vencer muchas dificultades.

La version está contraindicada de un modo general en las presentaciones de la extremidad cefálica. Esta regla es absoluta cuando existe un vicio de conformacion de la pelvis, excepto en el caso de estrechez oblicuo oval, porque entonces, mediante la version, se procura traer la extremidad posterior de la cabeza á la parte más ancha de la pelvis. En todos los demas casos, al forceps es al que se debe recurrir. Ya volveremos á hablar de este asunto importante al comparar las dos operaciones.

La version está contraindicada igualmente cuando una parte del feto ha descendido mucho á la excavacion. Las tentativas que habría que practicar para dar vuelta á un feto, cuya cabeza hubiera salido del cuello uterino, harían correr á la mujer los peligros de una rotura de la vagina hácia su insercion en la matriz.

## RESUMEN.

### Version.

**Version por maniobras exteriores.** La condicion esencial para el buen resultado de la maniobra es la movilidad del feto, siendo más practicable antes del parto, y durante éste cuando la bolsa de las aguas se conserva íntegra. Antes de proceder á ella hay que tener gran seguridad en el diagnóstico. — La operacion consiste en movilizar al feto por presiones exteriores metódi-

---

(1) No creemos que debe subordinarse la indicacion á las circunstancias morales del cirujano. Si éste no se encuentra con valor suficiente para cumplir con los deberes que exige el socorro de nuestros semejantes, debe renunciar el ejercicio de la profesion y hacer llamar á otro más idóneo. — (N. de los T.)

cas.—Se toman los puntos de apoyo en los relieves voluminosos que forman la cabeza, el tronco y las nalgas. — Se procura con estas presiones conducir al estrecho superior la extremidad del eje mayor del feto que se encuentre más próxima. — Si se practica la version despues de las roturas de las membranas, hay que mantener la reduccion hasta que las contracciones uterinas fijen al feto en su nueva posicion. — Durante el embarazo hay esperanzas de hacer la version, valiendonos de un cinturon ancho provisto de dos almohadillas, de las que una corresponda á la cabeza y la otra á las nalgas del niño. — La version por maniobras exteriores está contraindicada despues de la rotura de las membranas y de todas las circunstancias que exigen terminar rápidamente el parto.

**Version por maniobras exteriores. VERSION CEFÁLICA.**—A pesar de los esfuerzos de Flamand para rehabilitar esta operacion, se practica muy rara vez por las dificultades que presenta. Consiste en traer la cabeza hácia el estrecho superior. — En todos los casos no tendrá buen éxito sino cuando el feto esté muy movable.—La maniobra se reduce á introducir la mano derecha en las primeras posiciones del hombro, y la izquierda en las segundas; se empuja el hombro que se presenta y se coge la cabeza, conduciéndola hácia el estrecho superior. — **VERSION PELVIANA.** — El profesor debe advertir á la familia, así como disimular á la enferma en lo posible, la necesidad de la operacion que se propone practicar. — Se coloca á la mujer atravesada en la cama y al borde del colchon, apoyando los piés en las rodillas de los ayudantes, quienes los sostendrán con firmeza. — La exactitud del diagnóstico es indispensable. — El práctico se quitará la levita y arrollará la manga de su camisa hasta por encima del relieve del biceps. — Se colocará en una posicion segura, que le permita la libertad de sus movimientos; engrasará la cara dorsal de la mano y el antebrazo con manteca ó cerato. Tan pronto como reconozca la necesidad de la operacion debe proceder á ella sin tardanza. — Es preciso que el cuello esté dilatado ó dilatable. — *Reglas de la operacion.* — Se elige en las presentaciones de vértice la mano que, colocada entre la pronacion y la supinacion, su cara palmar corresponde al plano anterior del feto.—En las presentaciones de nalgas preside la misma regla. — En las de tronco, la mano homónima del hombro que se presenta: hombro izquierdo, mano izquierda, etc. — Sin embargo, rigurosamente hablando, en las presentaciones de hombro, la version se podrá hacer con cualquiera de las manos, siempre que su cara palmar corresponda al plano anterior del feto. — No debe haber temor en penetrar con la mano hasta el fondo del útero, si es necesario.

**Presentacion de vértice.** La maniobra se ha dividido en tres tiempos: 1.º introduccion de la mano; 2.º evolucion del feto; 3.º extraccion.

1.º Se coloca la mano que no va á operar sobre el fondo del útero con el objeto de fijarlo. — La otra mano se presenta de canto al anillo vulvar, por el cual penetra con precaucion en el intervalo de las contracciones. — Debe seguir el eje de la pelvis é introducirse por el cuello con las mismas precauciones y durante el reposo del órgano. — Pasa despues la mano entre el feto y la pared uterina, y llega directamente á los piés, ó sigue con este objeto el plano lateral posterior del feto. — Lo más frecuente es que no se coja más que un solo pié, con el cual hay que contentarse.

2.º Una vez cogidos los piés, se tira de ellos con el propósito de doblar el feto hácia su plano anterior. — La mano que sostiene exteriormente el fondo de la matriz presta su concurso ayudando la evolucion con presiones inteligentes. Este tiempo debe practicarse tambien en el intervalo de las contracciones. — Aquí termina la maniobra cuando el propósito era corregir una presentacion viciosa, confiando despues la expulsion á los solos esfuerzos de la naturaleza.

3.º Consiste este tiempo en ejercer tracciones en los miembros llevados á la vagina. Entonces se obra durante las contracciones, á menos que no obligue una necesidad imperiosa á terminar inmediatamente el parto. — Si el plano posterior del feto está atras, se comunica á los miembros cogidos un movimiento de torsion, con objeto de que el tronco haga un largo movimiento de espiral que coloque los diámetros bis-isquiático y bis-acromial en relacion con los mayores de la pelvis y que conduzca adelante al mismo tiempo el occipucio. En los casos en que la extraccion sea penosa, deberá irse en busca del otro pié para no hacer sólo en uno esfuerzos de traccion muy enérgicos. — Se podrá tambien con este objeto obrar sobre el pliegue de la ingle, ya con el gancho romo, ya con el dedo encorvado. Cuando haya necesidad de buscar el segundo pié, se debe fijar el primero al exterior mediante un lazo. — En cuanto se llega á percibir el ombligo, hay que asegurarse si está ó no tirante el cordon. — Ya hemos indicado en la distocia fetal la conducta que hay que seguir cuando se desdobra la cabeza, el occipucio queda hácia atras, ó cuando los brazos se elevan colocándose á los lados de la extremidad cefálica. — *Presentacion de cara.* — La maniobra es la misma; únicamente hay que acordarse de traer el menton hácia adelante. — *Presentacion de nalgas.* — La eleccion de la mano es la misma. — La operacion se reduce á deshacer la flexion de los miembros abdominales. — *Presentacion de tronco.* — Hay que obrar todo lo inmediatamente posible despues de la rotura de las membranas. — Para proceder á la operacion se elige la mano homónima del hombro que se presenta; sin embargo, tambien puede conseguirse el resultado cuando la cara palmar de la mano que se introduce corresponde al plano anterior del feto. — La mano introducida puede seguir dos caminos para llegar á los piés. El



primero, directo y más corto, consiste en pasar por el plano anterior del feto.—El segundo, más largo, pero más seguro, cuando es practicable, consiste en seguir el plano lateral del feto dirigido atras y abajo.—En la primera posicion de hombro derecho y segunda del izquierdo la mano se introduce entre el sacro y el feto, es decir, por detras.—En la segunda de hombro derecho y primera del izquierdo, en las que el plano anterior del feto mira adelante, hay que introducir la mano entre la sínfisis pubiana y el feto.—Esto suele ser muy difícil de ejecutar, sobre todo cuando el útero está violentamente retraido.—Cuando esto suceda se colocará á la mujer de rodillas y se introducirá la mano por detras.—Cuando hay procidencia del brazo no hay que tirar de él, sino ponerle un lazo fiador.—Su presencia, que para nada impide la version, presenta la dificultad de coincidir ordinariamente con una retraccion enérgica del útero, el cual no contiene ya líquido.

APRECIACION DE LA VERSION.—Es difícil dar, por sólo las estadísticas, una idea de los resultados de dicha operaciou. Las causas que la motivan son muy diversas, y cuando se practica por un accidente no se puede determinar la parte que corresponde á éste ó á la operacion, cuando el resultado es funesto. Su pronóstico es poco grave para la madre y para el niño cuando se practica inmediatamente despues de rotas las membranas; haciéndose, por el contrario, gravísimo cuando se ha prolongado la expectacion. — Respecto á los niños, en Alemania, la proporcion de muertos es la de 54,8 por 100; en Inglaterra de 35,4, y en Francia de 22,2. Para las madres es la de 9,9 por 100, segun la estadística alemana de Riecke, y de 5,8 segun Franque; la muy limitada de Sinclair (Inglaterra) da un 15,6 por 100.

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES.—La version es una operacion más grave que la aplicacion del fórceps; se la debe practicar unicamente cuando el uso de este instrumento está contraindicado. — Está indicada en las presentaciones de tronco y cuando la cabeza no esté en relacion con el estrecho superior, á consecuencia de una inclinacion viciosa, y en ciertos casos ds insercion de la placenta en las inmediaciones del cuello uterino. Algunas veces, aunque la presentacion sea de vértice, se debe recurrir á ella siempre que un accidente repentino exija la terminacion inmediata del parto y el cuello no esté lo suficientemente dilatado para consentir la introduccion del fórceps.—La version está en general contraindicada cuando la cabeza del feto ocupa el estrecho superior y cuando existe algun vicio de conformacion de la pelvis, á menos que no sea éste el oblicuo-oval. — Debe igualmente desecharse cuando una parte del feto está profundamente encajada en la excavacion y fuera del orificio uterino.

## FORCEPS.

El forceps fué inventado en Inglaterra por los hermanos Chamberlen hácia mediados del siglo xvii, siendo explotado durante largo tiempo como un secreto de familia. No se sabe con seguridad si Drinkwater, Freke, Giffard y Chapman, que poseyeron instrumentos análogos, fueron sus inventores ó si los compraron á la familia Chamberlen. Pero dejando á un lado esta duda, es lo cierto que Butler publicó la primera descripción en 1733, y Chapman, á quien había tratado con dureza por el misterio en que envolvía á este punto de su práctica, se decidió á su vez á dar á conocer el forceps.

Me parece fuera de duda que Palfin, de Gante, ó Gilesle Doux, d'Ipres, que ha reclamado la invención contra el primero, han imaginado cada uno por su parte el forceps muy imperfecto y bastante distinto del de los Chamberlen, para que se pueda creer que lo tuvieron á la vista. La diferencia entre los dos instrumentos consiste en que el de Palfin estaba constituido por dos cucharas anchas y macizas, sin más medio de unión entre sí que la aproximación de una á otra por medio de una cinta ó de un gancho movable, pero sin ensambladura ni articulación. El forceps de Chamberlen, cuyos distintos modelos se han encontrado en un escondite practicado en la casa en que habitaba, tenía las cucharas ojaladas y sus ramas se articulaban sobre una ensambladura, lo que le permitía hacer presa sólida, de cuya circunstancia carecía el otro. Palfin presentó su forceps á la Academia de Ciencias en 1720, y varios cirujanos franceses trataron de corregir sus imperfecciones modificando su articulación de muchas maneras, pero abandonaron inmediatamente su tarea tan pronto como el forceps de Chamberlen fué hecho público en Inglaterra, apresurándose á adoptar las cucharas ojaladas.

Al principio, el forceps era recto por sus bordes, siendo sólo á propósito para coger la cabeza cuando se encuentra en la excavación, cuya forma no le permitía seguir la curva de esta cavidad y coger la cabeza del niño cuando está por encima del estrecho superior. Es á Levret y no á Smellie, como he demostrado en mi Memoria *Del forceps y de la version en los casos de estrecheces pelvianas*, al que se debe la corvadura de los bordes del instrumento, necesaria para poderlo aplicar en el estrecho superior.

Pero, cosa extraña, el modificador del instrumento no inventó con este objeto la corrección tan útil que acabo de indicar, proponiéndose únicamente con ella evitar las lesiones que producía casi siempre en la comisura posterior de la vulva el uso del forceps recto. Jamás, pues, aplicó Levret el forceps por encima del estrecho superior, y solamente en 1776, dos años antes de morir, fué testigo de una operación practicada por Coutouly, lo que le

produjo una viva satisfaccion, dice éste último, pues hasta entonces había dudado que fuera posible. El descubrimiento de Levret fué en sus manos un diamante en bruto, al que dió todo su brillo Smellie, pues éste fué el primero que con gran prudencia y reserva, circunstancias que difícilmente concurren en la aplicacion de las cosas nuevas, llevó el forceps hasta por encima del estrecho superior.

Nada diré de las infinitas modificaciones que se han hecho al instrumento de Levret, porque todas son insignificantes; y así como no hay mal forceps para el práctico hábil y experimentado, no lo hay bueno para el que no goza de estas ventajosas circunstancias. A pesar de tantas tentativas, el forceps moderno difiere muy poco del de Levret: la curva de sus bordes está más pronunciada, la articulacion es más fácil, su forma menos tosca; pero todas estas perfecciones de detalle no alcanzan á variar en lo más minimo la idea primitiva (fig. 104).

El que yo empleo es el forceps de varias piezas de la casa Robert y Collin (fig. 105). Pesa 800 gramos, y su longitud es de 47 centímetros.

Quando está desarticulado, tienen los mangos 29 centímetros y las cucharas 26, encerrándose todo en una caja de 30 centímetros de largo por 13 de ancho, estuche que he mandado construir y al que le he dado el nombre de *caja del comadron*. Contiene ademas esta caja un estetoscopio, sondas para el cateterismo y para la reduccion del cordon umbilical, un tubo laríngeo, frascos con cornezuelo de centeno, láudano y cloroformo. En otros estuches más completos está tambien el ayuda-forceps.

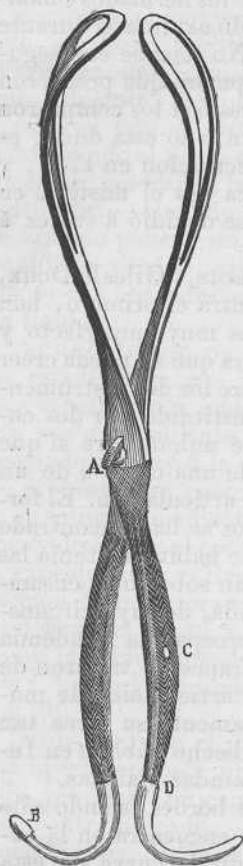


Figura 104.

A. Articulacion.—B. Boton olivar que guarda la punta de un gancho agudo.—C. Gancho romo, en cuya base se oculta un punzon.

Ademas de las modificaciones hechas al instrumento de Levret, se ha tratado tambien de variar el principio de su accion. Thenance, de Lyon, hácia el año 1801, construyó un instrumento que no se cruza, y cuyas dos ramas se articulan en la extremidad de los mangos. Se ha dicho que esta disposicion presentaba ademas la ventaja de disminuir la presion inútil que la corvadura brusca de las cucharas del forceps cruzado comunica á la bóveda del cráneo, no haciendose sentir la presion sino en la

extremidad de las cucharas. Esto no pasa de ser una de tantas ideas teóricas que sólo tienen un mediano valor. Es evidente que cogida la cabeza por el forceps cuando existe un obstáculo grave

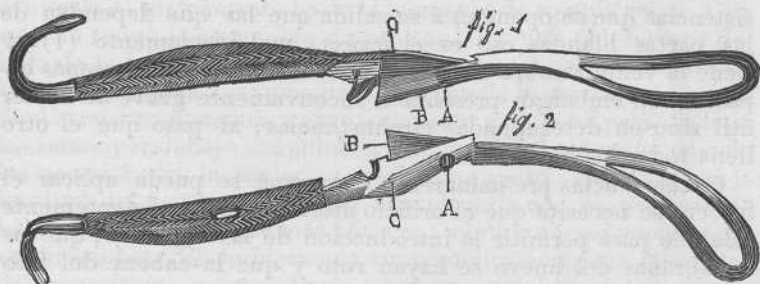


Figura 105.

Forceps de varias piezas.

A. Eje que permite un movimiento de báscula para la separación de las dos piezas de la rama. — B, C. Paletón que sirve para fijarlas con solidez.

á su paso, no puede ceder á las tracciones más que comprimiéndola con las ramas lo bastante para que no se deslice, y esto es precisamente lo que sucede con el forceps de Thenance, cuya presa es insuficiente, á menos que no se la asegure colocando un anillo en las ramas cerca de la vulva, y para esto es más sencillo recurrir al instrumento cruzado.

El forceps de Simpson, que es cruzado, llena perfectamente esta indicación; porque sus dos ramas divergen bruscamente hácia las cucharas, lo que da á éstas más paralelismo (1).

Mattei, razonando sobre este mismo punto, ha inventado y dado el nombre de *leniceps* á un instrumento de curvas muy pronunciadas, cuyas ramas son bastante cortas y se articulan respectivamente sobre un mango transversal. Unas hendiduras permiten aproximar más ó menos las ramas, que permanecen inmóviles una vez aplicadas. El *leniceps* tiene los mismos defec-

(1) Al saber que el gran Smellie fué el primero que aplicó el forceps en el estrecho superior, pudiera creerse lógicamente que los ingleses habrían seguido empleando el forceps de Levret, cuyas ventajas demostró prácticamente su ilustrado compatriota. Nada de esto ha sucedido, sin embargo, pues temerosos los prudentes hijos de Albion del daño que puede producir el forceps en ciertas manos, describe el modo de aplicación del forceps corto; tratándose todavía en la actualidad, como de una cosa muy nueva, de las operaciones con el forceps largo, como ellos lo llaman, según puede verse en la excelente obra que acerca de las operaciones de obstetricia acaba de publicar el Dr. Barnes.

Nos parece oportuno, ya que de ingleses tratamos, hacer saber á los que lo ignoren que los autores de aquella isla dan reglas en extremo minuciosas para aplicar el forceps y el espéculum uterino estando la mujer en decúbito lateral con las nalgas fuera de la cama y una extremidad abdominal doblada y en ligera abducción, cuya actitud les parece más honesta que el decúbito dorsal, que se acostumbra á adoptar para estos casos en el continente europeo.

tos que el forceps de Thenance cuando se emplea en casos de estrecheces que exigen alguna fuerza, no siendo aplicable entonces, sobre todo en el estrecho superior, porque agarra mal. Pero cuando la cabeza está en la excavacion y no hay más resistencias que se opongan á su salida que las que dependen de las partes blandas, no es el *leniceps* mal instrumento (1), y tiene la ventaja sobre el forceps ordinario de ocupar menos espacio; sin embargo, presenta el inconveniente grave de no ser útil sino en determinadas circunstancias, al paso que el otro llena todas las indicaciones.

**Circunstancias preliminares.** Para que se pueda aplicar el forceps se necesita que el orificio uterino esté lo suficientemente dilatado para permitir la introduccion de las cucharas, que las membranas del huevo se hayan roto y que la cabeza del feto esté en relacion con el estrecho superior.

La posicion que hay que dar á la mujer es la misma que se adopta para la version, y de igual modo se colocan los ayudantes. Tan pronto como esté demostrada la necesidad de recurrir á la operacion, no debe perderse tiempo, sino proceder á ella sin vacilacion despues de haber obtenido el consentimiento de la familia. Unas veces convendrá prevenir á la enferma y otras no, lo que dependerá de su energía moral. Las naturalezas serenas, de buen temple de alma, aceptarán sin espanto la necesidad de la operacion y se someterán sin resistencia, sobre todo si ya la conocen por algun parto anterior; habiendo entre éstas algunas que reclaman espontáneamente el socorro del forceps cuando el parto se prolonga y los dolores son violentos. La verdad es que su aplicacion es más imponente que dolorosa, sobre todo en los casos sencillos, en que el instrumento bien dirigido no aumenta de una manera notable los sufrimientos de la enferma. Así es que yo reservo únicamente el cloroformo para los casos en que la operacion ha de ser larga ó difícil por los obstáculos graves que hay que vencer, á menos que la mujer no exija la anestesia.

Creo, sin embargo, inútil enseñar el forceps á la paciente como se ha aconsejado, para explicarle su mecanismo.

Hay que decirlo: su aspecto no es nada tranquilizador, y muy difícilmente llegaremos á conseguir hacer creer á la en-

---

(1) M. Joulin se muestra muy benigno con el *forceps suave* de M. Mattei, sin duda por simpatías de nacionalidad. Nosotros, que podemos hacer una apreciacion más independiente, estamos en el caso de decir que el mencionado instrumento es detestable, y que sólo debe figurar en los arsenales tocológicos para que á ninguno se le ocurra inventar otro análogo. En efecto, cada cuchara, mediante su pedicelo, se articula con un travesaño hueco, en cuyo interior existe un resorte que pasa por un agujero que presenta la punta de este pedicelo. Sistema de construccion que, como se ve, es muy ocasionado á producir la rotura del instrumento, y que no permite emplearlo en los casos en que se requiere alguna fuerza. Además, como los dos mangos son de madera, pueden calcular nuestros lectores el olor que conservarán con una sola vez que se emplee el instrumento. Es verdad que ocupa poco lugar, pero en cambio es muy complicado, y bajo todos conceptos muy caro.

(N. de los T.)



ferma, en lo que, sin embargo, no se la engaña, que su uso causa más miedo que dolores. La mujer que presiente una operación, examina con cuidado cuanto la rodea y vigila los movimientos del profesor; pero á pesar de esto se puede con destreza ocultarle el instrumento hasta el momento de su aplicacion. Con este fin tengo la costumbre de ocultar las ramas del forceps debajo de la levita, suspendiéndolas por sus ganchos en la sisa de las mangas. Una vez inmediato al lecho de la parturiente, trato de distraer su atencion y aprovecho este momento para deslizar las ramas por debajo del colchon á fin de tenerlas á mano cuando las necesite. Si la mujer es pusilánime y está asustada por la lentitud del parto, es preciso adormecerla con el pretexto de hacer las contracciones más eficaces: el cloroformo suprime las explicaciones. Si hubiera una contraindicacion para el empleo del anestésico, se procede sin decir una palabra, y la paciente no se apercibe de lo que se quiere hacer hasta el momento en que se introduce el instrumento, y entonces el miedo la vuelve docil.

Se ha aconsejado templar el forceps para evitar á la enferma la sensacion desagradable que produce el contacto del frio en sus órganos genitales. Es una precaucion que se puede omitir sin inconveniente, porque la mujer tiene preocupaciones harto serias para notar demasiado esta ligera sensacion. Lo que sí es conveniente hacer, es untar de grasa la cara externa de las cucharas, á fin de facilitar su introduccion.

El forceps se debe aplicar exclusivamente á la cabeza del niño cuando está vivo; en la extremidad pelviana la presion sería insuficiente, y se escurriría el instrumento á menos de aproximar sus mangos de tal modo, que se produjera una presion enérgica; pero entonces habría que temer la luxacion ó la fractura de los huesos de la pelvis, cuyos medios de union tienen todavía poca solidez en el feto.

Tambien correrían gran riesgo de ser lastimados el hígado y demas órganos abdominales, pues serían contundidos ó desgarrados por la aproximacion de las cucharas cuando su extremidad pasara de las crestas ilíacas. El forceps es el único instrumento moderno que coge de un modo seguro la cabeza del feto sin hierirla necesariamente (1). Son mucho más convenientes para la extremidad pelviana las tracciones hechas sobre el pliegue de la ingle, ya con el dedo encorvado, ya con el gancho romo, porque

---

(1) Es difícil considerar provisto de estas propiedades á la ventosa tractora de Simpson, que consiste en una cápsula aplicada sobre el niño, y en la que se hace el vacío por medio de una bomba. A pesar de la opinion del autor respecto al valor de su descubrimiento, que llega á considerar superior al forceps y capaz de modificar una posicion viciosa, creo que es más á propósito para despegar los tegumentos del cráneo, que para determinar la extraccion del feto retenido por un obstáculo. Debo añadir que el invento no es absolutamente nuevo, pues ya fué aplicado inútilmente por James Yonge en 1705, sin decir tampoco que fuera el inventor. Este hecho está consignado en las *Philosophical transactions* del año 1707, núm. 309. — (N. del A.)

sujetan, por lo menos, con tanta solidez como las cucharas del forceps y exponen á menos peligros.

Es verdad que se ha indicado la posibilidad de las fracturas del fémur, que en efecto, son una complicacion desagradable á causa de la incomodidad que producen los aparatos de fractura



Figura 106.

Tracciones con el gancho romo aplicado al pliegue inguinal.

junto á la region pelviana de los recién nacidos ; pero, en suma, la gravedad del accidente es menor que la de los que produce el forceps.

Cuando el feto está muerto, no veo gran inconveniente en que se aplique el forceps sobre la region pelviana, pero dudo que dé mejores resultados que el empleo del gancho romo sobre el pliegue de la ingle (fig. 106).

Es necesario que el cuello esté lo suficientemente dilatado para que deje pasar las cucharas. He hablado ya repetidas veces de una disposicion viciosa del cuello uterino, que consiste en encontrarse situado hácia atras y muy arriba ; el segmento inferior del cuerpo de la matriz distendido por la presentacion ha sido confundido con la cabeza de un feto que formara prominencia á traves de un orificio uterino completamente dilatado, siendo cierto, por

el contrario, que el cuello, situado hácia atras, apenas estaba abierto. Hasta ha llegado á aplicarse el forceps en estas circunstancias. No creo haya necesidad de indicar los daños que produciría un error semejante, que jamas cometerá un práctico experimentado. Antes de toda intervencion es preciso hacer un exacto diagnóstico, empleando á este propósito todos los medios exploratorios.

Es igualmente necesario tener en cuenta la consistencia del orificio uterino. Si está flexible, las ramas del forceps podrán pasar por un diámetro de 7 á 8 centímetros ; pero si el borde está duro y grueso, hay que esperar á que la dilatacion esté más adelantada. En este último caso, la introduccion de las ramas se deberá hacer con mucha prudencia, pues los bordes, que permanecen duros, están muy dispuestos á rasgarse por las cucharas,

si se opera con demasiada insistencia. Habrá que asegurarse de que las membranas están rotas, porque si se cogieran con el forceps, sufrirían tirones que determinarían el desprendimiento prematuro de la placenta.

**Reglas generales para la aplicacion del forceps.** 1.<sup>a</sup> La rama de tornillo, rama macho, debe siempre cogerse con la mano izquierda, y aplicarse al lado izquierdo de la pelvis; la rama de mortaja, rama hembra, debe cogerse con la mano derecha, y aplicarse siempre al lado derecho de la pelvis. La concavidad de los bordes debe mirar primitiva ó secundariamente al pubis. Hay, sin embargo, una excepcion á este último precepto, que indicaremos al hablar de la aplicacion del forceps en las posiciones occipito-posteriores.

2.<sup>o</sup> Se debe coger la rama con toda la mano: el pulgar sobre su borde externo al nivel de la articulacion, y los otros cuatro dedos abrazando su borde interno. Se la debe coger sólidamente, pero sin rigidez, para que los movimientos, cuyo punto de apoyo es la muñeca, obedezcan á los cambios de direccion que se le comuniquen.

3.<sup>a</sup> La mano libre se introduce en los órganos genitales para guiar la cuchara, y hay que tener gran cuidado de introducir los dedos entre la pared uterina y la presentacion, á menos que la cabeza no esté completamente fuera del orificio de la matriz. La cuchara, cuyo borde inferior se apoya en el dedo pequeño, se desliza por la cara palmar de la mano como por un conductor, y de este modo hay seguridad de no contundir ó perforar el fondo del saco utero-vaginal, cosa que suele suceder cuando se omite esta precaucion. Si la cabeza está aún por encima del estrecho superior, hay que meter toda la mano en la excavacion, excepto el pulgar, que queda fuera, apoyado contra la sínfisis pubiana.

Hatin aplicaba las dos ramas con la mano derecha; la izquierda, introducida dentro del útero para servir de conductor, contorneaba la cabeza fetal para guiar la segunda rama. No es muy fácil esta maniobra, siendo muy controvertibles las ventajas que resultan de su uso, por lo que no ha sido adoptado en la práctica general.

4.<sup>a</sup> Deben introducirse las cucharas con mucha precaucion; si en su camino encuentran un obstáculo, se las saca un poco y se modifica su direccion, obrando sobre la extremidad del mango, al que se hace cambiar de sitio. Cuando persiste la resistencia, es preciso, á ser posible, reconocer con los dedos su causa. Cazeaux considera como obstáculos los pliegues transversales de la vagina, pero no puedo admitir esta causa, por la razon de que los dedos guían al forceps hasta la cavidad de la matriz cuando la parte presentada está todavía en el estrecho superior. Los pliegues vaginales, admitiendo que estén lo suficientemente desarrollados para detener el movimiento progresivo del forceps, no

pueden considerarse como un obstáculo, pues si la cabeza está en el estrecho superior, ya hemos dicho lo que sucede, y si ha descendido á la vagina, no consiente ésta, por su distension, pliegue alguno en sus paredes. Tampoco me explico satisfactoriamente que puedan detener la marcha del forceps los los pliegues, muy exagerados, del cuero cabelludo en los lados de la cabeza del feto. Más dispuesto me hallo á conceder la posibilidad de que la extremidad de la cuchara, alojándose detras del cartílago del pabellon de la oreja, encuentre un obstáculo que la impida avanzar. El obstáculo lo presenta más á menudo la pared pelviana, contra la que tropieza la cuchara mal dirigida. Sea el que fuere el obstáculo, no debe retirarse el instrumento, sino comunicarle movimientos en diversos sentidos, hasta que se note que penetra con facilidad.

5.<sup>a</sup> La rama posterior, es decir, la que queda situada más atras, debe introducirse la primera (1). Se dice que esta regla tiene algunas excepciones, que nadie ha precisado, por la sencilla razon de que no existen. No puedo comprender cómo hay quien dificulte la práctica con aserciones desprovistas de pruebas, que aumentan las dudas en vez de aclararlas. Cuando se aplica primero la rama posterior, se empuja suavemente su mango hácia abajo, para que no dificulte la introduccion de la otra. Cuando, por el contrario, se introduce primero la rama anterior, su mango, necesariamente dirigido hácia abajo, tapa la vulva y dificulta de tal modo la introduccion de la segunda, que puede hacerla impracticable.

Se ha dado igualmente el precepto, tan pueril como extraño á la sana práctica, de introducir primero la rama que ofrezca más dificultades. ¿Pero de qué naturaleza son estas dificultades? ¿Cómo se desvanecerán las dudas que el práctico novel confía ver aclaradas por la experiencia de su maestro, si éste no le determina las dificultades?

Me parece sumamente difícil, si no imposible, introducir la segunda la rama posterior, y hasta tener pruebas en contrario sostengo que se debe siempre empezar por ella.

Ya introducida la primera rama no debe haber temor en bajar su mango hácia la comisura posterior de la vulva para dejar libre el paso á la otra: la extremidad de la cuchara se dirige hácia el pubis, saliéndose de su sitio por este movimiento; pero cuando se ha introducido la segunda rama antes de proceder á la articulacion, se la conduce nuevamente á su posicion normal, empleando con este objeto movimientos suaves y moderados.

6.<sup>a</sup> Para hacer penetrar la cuchara por la vulva, se presenta la

---

(1) Tengan presente los que consulten otras obras de partos, principalmente antiguas, que algunos autores, para denominar las posiciones respectivas, consideran á la mujer en decúbito dorsal, acomodando los nombres de los planos á esta actitud. Según ella, esta rama, que dice el autor quedar situada *hácia atras* quedaria colocada *por debajo*. — (N. de los T.)

extremidad de la cuchara al eje de este orificio estando el mango levantado, dirigido hácia el pliegue de la ingle del lado opuesto; á medida que el instrumento penetra se le va bajando, con objeto de que las curvas de los bordes de la cuchara sigan la di-

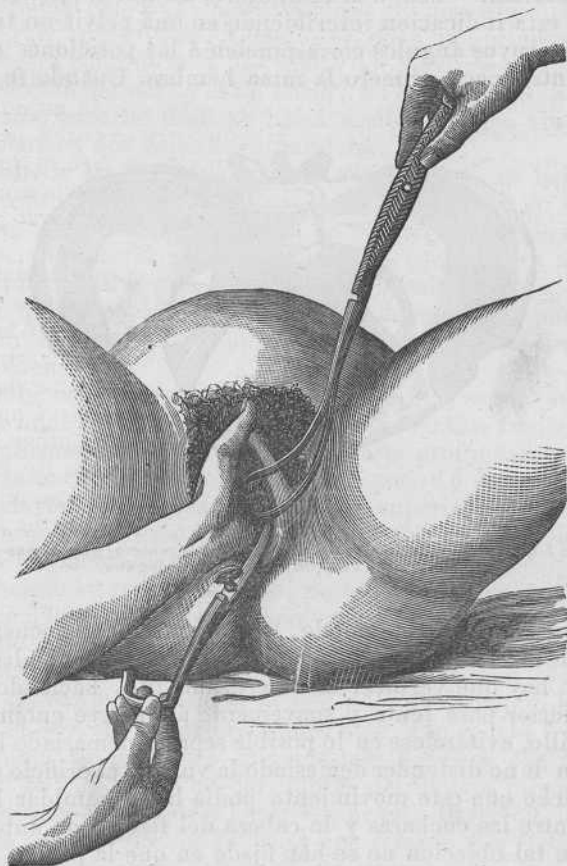


Figura 107.

reccion del eje de la excavacion. Si la cuchara no ha de quedar en relacion directa con el lado de la pelvis, al introducir la rama se le comunica con el concurso de la mano que la guía, un movimiento en espiral que, combinado con el de progresion, la deja bien colocada cuando llega á la profundidad necesaria.

7.<sup>a</sup> La rama macho debe colocarse la primera, de modo que la mortaja de la rama hembra caiga encima del tornillo que mira hácia arriba. Sin embargo, en los casos en que el instrumento se aplica en la excavacion, hay tres excepciones á esta regla.—Es-



tas son cuando el occipucio del feto está en relacion : 1.º con la extremidad posterior del diámetro oblicuo derecho (cuarta posicion). — 2.º con la extremidad anterior de este mismo diámetro (tercera posicion). — 3.º con la extremidad derecha del diámetro transversal. — Tengo la costumbre, en mis lecciones, de demostrar esta indicacion inscribiendo en una pelvis un triángulo (fig. 108) cuyos ángulos corresponden á las posiciones que exigen se introduzca primero la rama hembra. Cuando se aplican

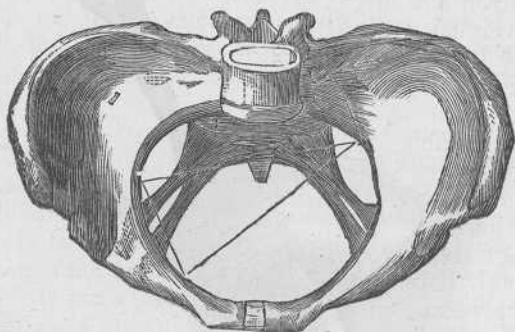


Figura 108.

Triángulo de Joulin. — La rama hembra debe introducirse la primera, siempre que el occipucio corresponda á cualquiera de estos tres ángulos.

las ramas de este último modo, la rama macho se encuentra por encima de la otra, siendo, por lo tanto, imposible articularlas. En este caso hay que verificar el descruzamiento, haciendo que la rama inferior pase lenta y suavemente á situarse encima de la del tornillo, evitándose en lo posible separar demasiado los mangos, á fin de no distender demasiado la vulva ó el orificio uterino. Se ha dicho que este movimiento podía hacer cambiar las relaciones entre las cucharas y la cabeza del feto. Los autores que formulan tal objecion no se han fijado en que la prueba de estar bien colocado el instrumento es la facilidad para articularlo, y aun admitiendo su desviacion por el descruzamiento, es muy fácil enmendarla deslizando las ramas, por lo cual no hay que hacer caso de este ligero inconveniente. Se han construido forceps cuya articulacion era fácil, fuese la que fuese la superposicion de las ramas; pero siendo tan sencillo el descruzamiento, no tienen estos aparatos ningun valor especial.

8.ª A veces la articulacion de las ramas presenta grandes dificultades; como son simétricas y paralelas, es necesario, para que se puedan articular, que las superficies cogidas sean tambien casi paralelas; si una de las ramas está más metida que la otra, hay que corregir esta diferencia sacando ó empujando la más

movible. Sucede á menudo que una de las ramas, ó las dos, están inclinadas sobre su borde; las ensambladuras no se corresponden exactamente, y, por lo tanto, el tornillo no entra en la mortaja. Hay que establecer el paralelismo moviendo la rama que parece mal colocada, necesitándose algunas tentativas antes de conseguir el resultado. Cuando es poco importante la diferencia, basta comunicar á las ramas un movimiento de torsion en la direccion normal, y si no basta, no hay que retirar las cucharas, sino hacerlas deslizar hácia arriba ó hácia abajo hasta que encuentren dos superficies paralelas.

Para obviar las dificultades de la articulacion, se han inventado forceps llamados asimétricos, que se articulan en todas las posiciones; su principio se funda en un error de las leyes de la mecánica, porque el paralelismo de las cucharas es absolutamente indispensable para hacer una prehension segura, y en los casos en que se necesite emplear cierta fuerza no se puede contar con un forceps, cuyas ramas no quedan paralelas despues de su articulacion.

9.<sup>a</sup> Debe cogerse la cabeza, en lo posible, segun su diámetro bi-parietal. Esta regla pertenece á la práctica francesa, y no puede aplicarse sino cuando la cabeza está profundamente encajada en la excavacion. Cuando lo está poco, ó se encuentra situada todavía por encima del estrecho superior, se aplican directamente las dos ramas del forceps á los lados de la pelvis, sin tener en cuenta la posicion del niño. Los alemanes practican este principio en todos los casos, no habiendo inconveniente en imitarlos. De esta misma opinion es tambien Velpeau.

Smellie, por un error inexplicable en un hombre de tan clara inteligencia, quería que en todos los casos se pusieran las cucharas en relacion con el diámetro bi-parietal, aun cuando la cabeza ocupara el estrecho superior. Ahora bien, con mucha frecuencia este diámetro de la cabeza coincide más ó menos con el sacropubiano, en cuyo caso las corvaduras del forceps pierden todas sus ventajas si se les quiere hacer seguir esta direccion. Este precepto del autor inglés fué la causa que retardó que el forceps se aplicara por encima del estrecho superior, porque la operacion era tan poco practicable como con el forceps recto. Smellie, para remediar estas dificultades, ideó un forceps curvo por sus caras, y que Baumers ha vuelto á *inventar* un siglo despues (1).

Los temores que se han manifestado acerca de los inconvenientes de la aplicacion del forceps á otro diámetro que el bi-parietal, son completamente teóricos. La única razon que vale algo, y de la que nadie se ha ocupado precisamente, es la de que el diámetro occipito-frontal es más depresible que el bi-

---

(1) Otro tanto puede decirse de todas las invenciones modernas relativas al forceps; pues me sería fácil en la mayor parte de los casos colocar un nombre antiguo y una fecha encima de cada uno de estos instrumentos.—(N. del A.)

parietal, y bajo este punto de vista las consecuencias serían algo más desfavorables para el niño. Pero en los casos en que el empleo de la fuerza es inútil, la compresion debe siempre ser muy moderada, y no conozco un solo caso en estas circunstancias en que el contacto de las cucharas haya determinado ninguna lesion en la frente ni en la cara del niño.

Sólo hay que tener en cuenta el hecho importante de que la extraccion de la cabeza á través del estrecho inferior es más fácil cuando el occipucio corresponde al pubis, que cuando está oblicuo ó transversal. Esta circunstancia no es una contraindicacion para el empleo del forceps colocado exclusivamente á los lados de la pelvis. En el momento en que la cabeza está en la vulva, si no se ha verificado completamente el movimiento de rotacion, se ejecuta con el forceps. Durante este período de la extraccion la corvadura de los bordes no es ya un obstáculo para la maniobra, y se les puede comunicar sin inconveniente la direccion que se juzgue más favorable.

Se ha dicho tambien, que encajándose las elevaciones parietales en los ojales de las cucharas del forceps, hacian desaparecer algo el espesor de sus ramas, que las servían como de marco. Esta es otra concepcion teórica que se realiza muy pocas veces, pues en el mayor número de casos no existe esta relacion tan exacta entre las elevaciones parietales y las cucharas del forceps.

En resumen, si he descrito el procedimiento adoptado en Francia, es por pura concesion hácia las ideas que circulan entre nosotros; pero yo encuentro el método aleman más sencillo y por consiguiente preferible, porque no hay que preocuparse con la eleccion de la rama que se ha de aplicar primero, ni con el descruzamiento, ni con el punto preciso hácia el cual hay que dirigir la cuchara mediante el movimiento de espiral. Todas estas maniobras no son difíciles de ejecutar, pero acontece que el práctico olvida algunas veces estos detalles junto á la enferma, y si cree en su importancia, vacila, pierde el tiempo y no practica la operacion con el aplomo del hombre que está seguro de lo que hace.

10. Una vez articuladas las ramas, se cogen del modo siguiente: la mano izquierda, en supinacion, abarca el instrumento de abajo á arriba colocando los dedos junto al tornillo, y la derecha, en pronacion, se coloca sobre la extremidad de los mangos, con las uñas hácia abajo, sin hacer ningun esfuerzo para aproximarlos si la extraccion es fácil, evitando de este modo (figura 109) compresiones inútiles sobre la cabeza del feto. Si fuera necesario emplear cierta fuerza para verificar la extraccion, se aproximarán los mangos á fin de asegurar la presa, pues la compresion de las cucharas ha de estar en relacion directa con la resistencia.

Si al acercar uno á otro los mangos del forceps manifestara

dolor la mujer, hay que reconocer, mediante el tacto, si el útero ha sido cogido por las cucharas.

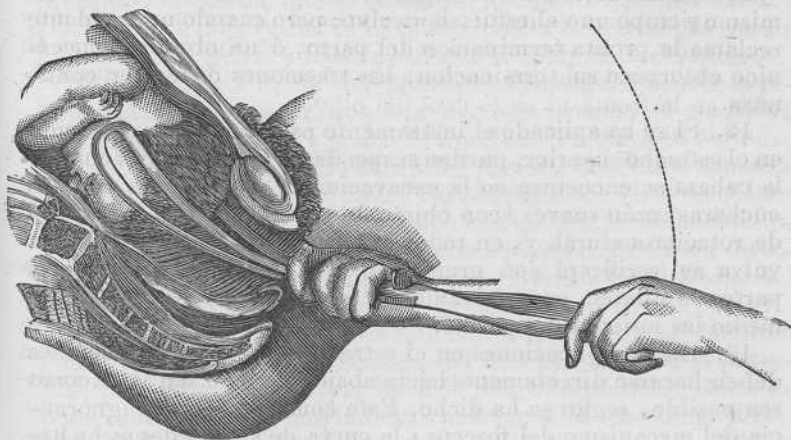


Figura 109.

En los últimos momentos del parto, para verificar la extension de la cabeza situada en occipito-anterior, hay necesidad de elevar los mangos hacía el abdomen de la mujer, cambiando la po-

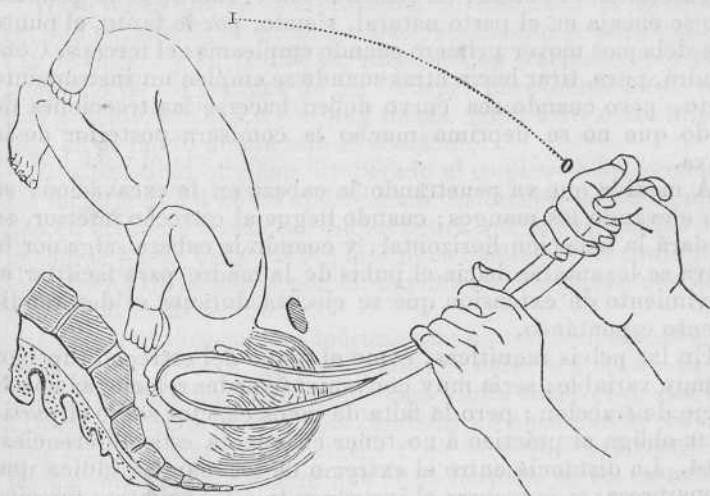


Figura 110.

sicion de las manos del modo siguiente, la articulacion metacarpo-falangiana de la mano izquierda (fig. 110) se coloca por encima y los dedos por debajo; la mano derecha, que sostenía la

extremidad de los mangos, se pone al contrario, colocándola por debajo, y los dedos por encima del instrumento.

11. Cuando el caso no urge, deben hacerse las tracciones al mismo tiempo que el esfuerzo uterino; pero cuando un accidente reclama la pronta terminacion del parto, ó un obstáculo mecánico entorpece su terminacion, las tracciones deben ser continuas.

12. Si se ha aplicado el instrumento para vencer un obstáculo en el estrecho superior, pueden suspenderse las tracciones cuando la cabeza se encuentra en la excavacion. Las presiones con las cucharas serán suaves, con objeto de no impedir el movimiento de rotacion natural, y, en todos los casos, el paso á través de la vulva se verificará con gran cuidado y lentitud para que las partes se dilaten progresivamente, evitando por este prudente medio las lesiones del periné.

13. En las aplicaciones en el estrecho superior las tracciones deben hacerse directamente hácia abajo, pero no tan atras como sea posible, segun se ha dicho. Este consejo revela la ignorancia del mecanismo del forceps: la curva de sus bordes se ha hecho para que se acomode á la que tiene la excavacion; si se tira muy hácia atras, se vendrá hácia el pubis, por este movimiento, la punta de las cucharas, y el eje de traccion quedará muy desfavorable. En efecto, el esfuerzo de traccion se verifica sobre la region de la cabeza situada hácia adelante, cuando precisamente la extremidad opuesta, en relacion con el sacro, es la primera que se encaja en el parto natural, siendo, por lo tanto, el punto que debemos mover primero cuando empleamos el forceps. Convendrá, pues, tirar hácia atras cuando se emplee un instrumento recto, pero cuando sea curvo deben hacerse las tracciones de modo que no se deprima mucho la comisura posterior de la vulva.

A medida que va penetrando la cabeza en la excavacion, se van elevando los mangos; cuando llegue al estrecho inferior, se les dará la situacion horizontal, y cuando la cabeza salga por la vulva se levantarán hácia el pubis de la madre para facilitar el movimiento de extension que se ejecuta durante el desprendimiento espontáneo.

En las pelvis raquítics, como el plano del estrecho superior es muy variable, sería muy conveniente poder relacionar con él el eje de traccion; pero la falta de datos exactos sobre el particular obliga al práctico á no tener en cuenta estas diferencias.

14. La distancia entre el extremo de los mangos indica una buena presa; si se escure el instrumento á las primeras tracciones, convendrá colocar las cucharas de modo que abarquen con regularidad los extremos del mayor diámetro de la region.

15. Las tracciones manuales se deben hacer con cierta fuerza, cuando es necesario; primero se tira sólo con los brazos; pero si no basta, se debe buscar con el pié un punto de apoyo en el



suelo, y nunca en la cama de la paciente. Debemos siempre permanecer dueños de nuestros movimientos, y si olvidamos este precepto, es posible que se escurra el forceps, ó que una extraccion rápida é imprevista de la cabeza pueda desgarrar las partes blandas de la pelvis y hasta ocasionar la caída del operador.

Si los esfuerzos de un solo práctico no consiguen vencer la resistencia, puede hacer que le ayude otra persona, á menos de que no disponga de un aparato de traccion. Veremos en seguida, al tratar de la fuerza aplicable á los partos, que estos aparatos dan resultados muy superiores, bajo el punto de vista de economía de fuerzas, á los que se obtienen con las tracciones manuales.

16. Las tracciones, siempre que sea posible, deben ser directas, y no se emplearán los movimientos cortos de lateralidad del forceps sino en casos de absoluta necesidad.

Está demostrado que los movimientos de lateralidad facilitan considerablemente la extraccion del feto aumentando la potencia; pero su modo de obrar ha sido mal interpretado. Delor ha observado que estos movimientos ahorran á las tracciones directas una fuerza que varía entre 10 y 70 kilógramos; la concisa exposicion de estos resultados no permite apreciar la razon de la diferencia tan considerable que media entre 10 y 70 kilógramos, por lo que nos encontramos reducidos á hacer constar que esta maniobra hace menos fatigosas las tracciones en una gran proporcion.

Haré notar que en este problema de mecánica la resistencia no está suprimida de ningun modo; solamente la potencia cambia de lugar, y en vez de ser empleada en tracciones por la extremidad de los mangos de los forceps, hace obrar á éste como una potente palanca y con una fuerza igual á 10 ó 70 kilógramos en el punto donde está el obstáculo.

Los prácticos que han vituperado el empleo de los movimientos de lateralidad en las aplicaciones de forceps, lo hacen apoyados en erróneas creencias. Se les figura que la extremidad de las cucharas puede herir los órganos de la madre, ó ser contundidas las paredes de la pelvis por el movimiento de vaiven que se comunica al instrumento.

Estas son afirmaciones teóricas que no resisten al más ligero examen. El forceps, bien aplicado, se adhiere á la cabeza fetal de una manera tan íntima, que casi forma cuerpo con ella; por lo tanto la extremidad de las cucharas no puede estar en relacion con los órganos maternos. Y en cuanto á la contusion de las paredes pelvianas, diré que en la mayoría de los casos la estrechez antero-posterior deja en el diámetro transversal longitud suficiente para que puedan llegar á la pared pelviana movimientos tan limitados como los que se transmiten al instrumento.

El peligro no consiste en esto, sino en una circunstancia particular, en que nadie se ha fijado, y que yo he estudiado cuidadosamente al practicar mis experimentos. Hé aquí lo que sucede:

en sus oscilaciones laterales el forceps comunica á la cabeza un movimiento de balanza, cuyos brazos están representados por el diámetro encajado en la estrechez. Si consideramos lo largo del brazo de palanca representado por el forceps, y lo comparamos con la corta distancia que media entre el punto de apoyo (pelvis) y la resistencia (cabeza fetal), se comprenderá fácilmente que en este punto hay un violento contacto, una fuerte presión. La fuerza desplegada es grande, y obra produciendo una verdadera trituración de los tejidos. Haré comprender mejor lo que sucede, valiéndome de una comparación bastante exacta: si apretamos un hueso de fruta entre una losa de piedra y el tacón de la bota, el peso del cuerpo puede ser insuficiente para cascarlo; pero si se comunica al pié movimientos de semirrotación, el hueso estalla, ó por lo menos se forman en la losa unas rayas concéntricas que prueban la fuerza considerable que súbitamente se ha añadido á la del peso del cuerpo.

Se ha comparado también el movimiento de lateralidad comunicado al forceps con lo que sucede cuando se arranca por medios parecidos un clavo implantado en la pared ó en la madera. Si esta comparación, bajo el punto de vista de su mecanismo, es inexacta, no lo es desgraciadamente bajo el de las lesiones que determina. Se ven las fibras leñosas de la madera, violentamente arrolladas por una fuerza enorme, constituir un inmenso vacío alrededor del clavo que antes aprisionaban. Estas fibras leñosas están representadas en la pelvis por tejidos vivos, en los que semejantes trituraciones hechas de un modo brusco pueden ser peligrosas.

Es imposible precisar hasta qué punto existe este peligro, y cuando sobrevienen lesiones, qué parte corresponde á los movimientos de lateralidad. Para saber esto se necesitarían muchas observaciones clínicas, que por desgracia nos faltan. Sin embargo, creo que esta maniobra no es del todo inofensiva, y me parece prudente no recurrir á ella sino en los casos en que las tracciones directas han sido ineficaces.

**Reglas particulares para la aplicación del forceps en cada posición.** Las reglas generales de que acabo de hablar, me dejan poco que añadir respecto á las indicaciones que presenta cada posición.

Cuando la cabeza está todavía por encima del estrecho superior ó poco encajada en la excavación, se aplicará siempre el forceps á los lados de la pelvis, sin tener en cuenta la posición de aquella, haciendo las tracciones en el sentido del eje de la pelvis que corresponda á la situación de la cabeza. No voy más que á indicar las particularidades relativas á las aplicaciones del instrumento, según el método francés, cuando la cabeza ocupa la excavación ó el estrecho inferior.

En todos los casos, cuando una dificultad repentina é imprevista se opone á que las cucharas cojan la parte que se desea, hay

que limitarse, para no fatigar inútilmente á la mujer, á seguir el método alemán, es decir, á colocar las ramas á los lados de la excavacion.

1.<sup>a</sup> POSICION. — OCCIPUCIO Á LA IZQUIERDA Y ADELANTE. — La rama macho se introduce la primera; la cuchara se insinúa por eje de la vulva, colocándola en relacion con el parietal que mira hácia atras. La cuchara de la otra rama se dirige sobre el otro parietal, por medio de un movimiento espiral. Despues de articulado el instrumento, se comunica á la cabeza un movimiento de rotacion que conduzca el occipucio detras del pubis.

Las tracciones se hacen primero hácia adelante y luego hácia arriba cuando se desprende la cabeza.

2.<sup>a</sup> POSICION. — OCCIPUCIO Á LA DERECHA Y ATRAS. — El procedimiento para la aplicacion es el mismo que en el caso precedente; se introduce primero la rama macho, y se coloca en relacion con el parietal que mira hácia atras, y la rama hembra con el que mira hácia adelante.

El tiempo de extraccion merece particular estudio, y puede hacerse de dos diferentes modos.

Ya dejo dicho al hablar de las posiciones occipito-posteriores los graves inconvenientes que trae á la madre la expulsion del feto en estas relaciones. Cuando interviene el forceps, son algo menores estos inconvenientes que en la expulsion espontánea, porque el instrumento comunica á la cabeza un movimiento de flexion exagerada que alivia algo el periné, extraordinariamente distendido. Sin embargo, hay casos en que este socorro es insuficiente todavía, lo que depende del estado en que se encuentran las partes maternas. Si ha sufrido la mujer, á consecuencia de partos anteriores, una rasgadura del periné que ha dejado á la vulva una gran amplitud, puede hacerse hácia atras el movimiento de rotacion y extraer la cabeza en occipito-posterior; pero cuando se trata de una primípara, cuya vulva es estrecha y el periné resistente, es preferible, para evitar la lesion de las partes blandas, intentar conducir el occipucio debajo de la sínfisis pubiana.

Primero se ejecutan tracciones sencillas; despues, á medida que el vértice se va aproximando al anillo vulvar, se comunica un movimiento de rotacion al instrumento que conduce *hácia abajo* la curva de los bordes. Las tracciones directas son necesarias al principio para que las cucharas bajen á la altura conveniente y la direccion de sus curvas no dificulte la operacion. Un forceps recto sería ciertamente más útil en este caso, pero en rigor nos podemos servir del que ordinariamente se emplea.

Una sola vez, y con completo éxito, he practicado esta operacion en una primípara, y Cazeaux ha obtenido el mismo resultado en un caso parecido, por más que se manifestó poco partidario, en principio, de este movimiento, que la naturaleza verifica espontáneamente en condiciones normales.

La rotacion artificial debe hacerse con gran cuidado y lentitud, asegurándonos por la auscultacion si el tronco sigue el movimiento comunicado á la cabeza; porque en el caso contrario, despues de haber conservado cierto tiempo el vértice en la rotacion de un cuarto de círculo, será más conveniente sufrir los contratiempos de la extraccion en occipito-posterior que exponernos á retorcer el cuello de la criatura.

Dicha rotacion es aplicable siempre que el occipucio ocupa algunos de los puntos de la mitad posterior de la pelvis, y se practicará tanto mejor cuanto menos tiempo haga que se rompió la bolsa, por la mayor movilidad del feto.

3.<sup>a</sup> POSICION. — OCCIPUCIO Á LA DERECHA Y ADELANTE. Se aplicará primero la rama hembra hácia el sacro, y se conducirá la de tornillo por delante por un movimiento de espiral. Antes de articular, habrá que hacer el descruzamiento de las ramas para colocar la mortaja en el tornillo. El movimiento de rotacion se dirigirá hácia el pubis.

4.<sup>a</sup> POSICION. — OCCIPUCIO Á LA IZQUIERDA Y ATRAS. La rama hembra, como en el caso anterior, será la primera que se introduzca, descruzando tambien antes de articular. El movimiento de rotacion será hácia adelante ó hácia atras como en la segunda posicion, segun el estado de las partes de la mujer.

OCCIPITO-ILIACA DERECHA TRANSVERSAL. — Esta posicion exige aplicar primero la rama macho. El movimiento de rotacion se dirigirá adelante.

OCCIPITO-ILIACA DERECHA TRANSVERSAL. — Se introduce primero la rama hembra, descruzándose luego como en la posicion tercera y cuarta. El movimiento de rotacion se dirigirá hácia adelante.

OCCIPITO-PUBIANA. — La primera que se coloca es la rama macho al lado izquierdo de la pelvis.

OCCIPITO-SACRA. — La aplicacion es igual que en los casos anteriores. El estado de los órganos maternos indicará si es posible tratar de conducir adelante el occipucio. Sólo debemos advertir que si se desprende el occipucio hácia atras, tan pronto como llega á la comisura posterior de la vulva, en vez de tirar hácia arriba, se bajan los mangos del instrumento con objeto de desprender primero la cara por debajo de la sínfisis del pubis.

De la aplicacion del forceps despues de la extraccion del tronco. La coincidencia de una expulsion de nalgas, ó de una version podálica con un vicio de conformacion de la pelvis, es la única circunstancia que puede exigir la aplicacion del forceps en estas condiciones.

Es evidente que no se intentará una operacion tan excesivamente difícil cuando haya proporcion entre las partes maternas y fetales cuando la mano ha cogido convenientemente y con solidez el tronco y mandíbula inferior del niño. Debo añadir que en las estrecheces de la pelvis me parece más preferible este úl-

timo proceder porque es más practicable. Opino con Lachapelle y Velpeau, que si las tracciones manuales no dan resultado, es muy difícil que el forceps lo consiga. Se citan ejemplos en que se ha intentado esta operacion por los más hábiles tocólogos, sin haber conseguido su objeto.

La escasez de observaciones sobre este punto ha dado motivo á varias hipótesis, que creo inexactas, respecto á la situacion que tiene la cabeza en el estrecho superior en estos casos. Se ha dicho que el menton podía quedar enganchado por encima de la sínfisis del pubis, verificándose por este motivo la extension de la cabeza, y que esto mismo podía suceder independientemente y bajo el sólo esfuerzo de las tracciones. En los experimentos que han servido de base para mi Memoria. *Del forceps y de la version en las estrecheces pelvianas*, he comprobado, sin excepcion, el fenómeno siguiente: cuando en la extraccion por los pies la extremidad cefálica del feto se introducía en el estrecho superior, la cabeza se enderezaba ligeramente y ponía su diámetro occipito frontal paralelo al plano de este estrecho. Despues experimentaba invariablemente un movimiento de rotacion que colocaba este mismo diámetro en la direccion del transversal de la pelvis con una ligera desviacion en el sentido del diámetro oblicuo. Estos experimentos se hacían en pelvis viciadas artificialmente. Habiéndome llamado la atencion este resultado, modifiqué de mil maneras la situacion del cuerpo encajado, pero el fenómeno se reprodujo constantemente del mismo modo. Sin negar en absoluto la posibilidad de las desviaciones admitidas por los autores, estoy dispuesto á creer que son hipotéticas.

La aplicacion del forceps en estas condiciones es una operacion excesivamente difícil, porque el tronco del niño obstruye los órganos maternos, impide considerablemente la introduccion del instrumento y hay necesidad de desprender previamente los hombros. Ademas es peligrosa, porque la mano no puede guiar bien la introduccion de las cucharas, y no hay seguridad de no lesionar las paredes uterinas.

Si á pesar de esto se quiere intentar la extraccion por este medio, se aplicará el forceps á los lados de la pelvis y se subirá ó bajará el tronco del feto con objeto de que se introduzcan las cucharas siguiendo el plano external de éste.

Cuando no da resultado la traccion manual, el ayuda-forceps es de un poderoso auxilio. He logrado extraer el feto colocando la cuerda tractora sobre su cuello y desplegando una fuerza de 41 kilogramos.

Debe extraerse la cabeza con el forceps cuando ésta queda sola despues de la detroncacion, colocando, si hay estrechez, pronunciada, los diámetros más pequeños en relacion con los menores del estrecho superior. En los casos en que no da resultado el forceps solo, se le agrega el ayuda-forceps ó se practica la cefalotripsia.



**Aplicacion del forceps en las presentaciones de cara.** La operacion está sometida á las mismas reglas que para las de vér-tice cuando el menton corresponde á uno de los puntos de la mitad anterior de la pelvis. Cuando, por el contrario, mira atras, se presentan nuevas indicaciones, pudiendo llegar el caso de ser imposible la extraccion por medio del forceps. Ya hemos manifestado la necesidad absoluta del movimiento de rotacion que conduzca la barba hácia delante para que la cara se introduzca completamente en la excavacion. La cabeza, extendida, se halla en contacto con la parte superior de la espalda. El volumen de estas partes reunidas constituye un obstáculo para el descenso. El diá-

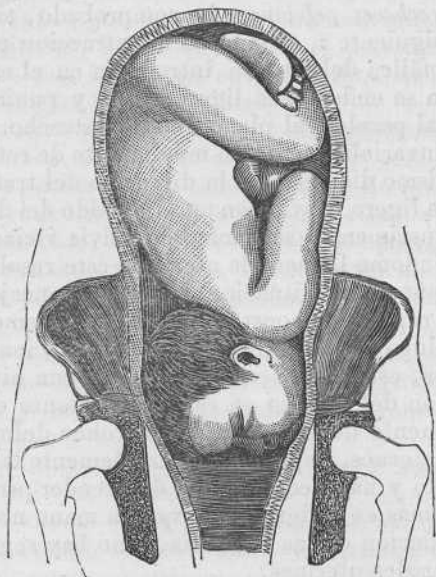


Figura 111.

metro occipito-mentoniano es demasiado prolongado para poderse mover en la excavacion, por lo que es necesario que permanezca fuera de la pelvis una porcion de su longitud para que se verifique el movimiento de báscula y baje el occipucio. Se obtiene este movimiento, cuando dirigido adelante del menton sale por debajo del arco del pubis; pero en las posiciones fronto-anteriores la cabeza está tanto tiempo elevada cuanto dura la permanencia del menton hácia atras. Valiéndonos del forceps ordinario, es imposible coger la cabeza de modo que se le haga ejecutar en un solo tiempo un movimiento de rotacion de un semicírculo, porque á esta altura la curva de los bordes no permite la prehen-

sion, dirigiendo su concavidad hácia atras. El forceps recto, menos defectuoso para estos casos, es tambien insuficiente, porque debe penetrar la extremidad de sus cucharas hasta por encima del estrecho superior, y entonces la corvadura del sacro impide la introduccion. En los casos de esta naturaleza, y llegando á tiempo oportuno, es preferible practicar la version á intentar una operacion que presenta dificultades, á veces insuperables.

Los autores que se han ocupado de este punto han admitido que la cabeza podía descender á la excavacion, pero esto no es posible sino en los casos en que la pelvis es muy ancha relativamente al volumen del niño. En las circunstancias ordinarias proviene el obstáculo precisamente de la altura de la presentacion. Cazeaux aconseja convertir, por medio del forceps, la presentacion de cara en la de vértice. Esta maniobra es imposible de hacer en el feto de todo tiempo en los casos ordinarios, porque no se puede voltear un diámetro de 13 centímetros y medio en otro de 12. Si la prehension fuera suficiente para hacer aquella reduccion, más valdría comunicar á la cabeza el movimiento rotatorio que necesita.

Chailly admite la posibilidad de la extraccion en mento-posterior. No hay peor cosa para la práctica que erigir en reglas los casos excepcionales. El procedimiento que da buenos resultados tratándose de un feto abortivo, se hace manantial de graves peligros cuando se quiere aplicar á un feto de todo tiempo.

La indicacion esencial consiste en conducir el menton hácia adelante, y hay que llenarla sin tener en cuenta el peligro que este extenso movimiento de rotacion hace correr al feto, pues ante todo hay que salvar á la madre. Por lo demas, la rotacion llevada hasta un semicírculo no es necesariamente mortal para el niño. Danyau, Cazeaux y Blot han extraído niños vivos en estas circunstancias.

Yo creo que podría tener buen éxito la operacion si se practicara en varios tiempos. Se empezaría por aplicar el forceps, por el procedimiento ordinario, al estrecho superior, cuidando sólo de que las cucharas están tan oblicuas como sus curvas lo consientan. Una vez cogida la cabeza, se la comunicaría un movimiento de rotacion que podría llegar hasta un cuarto de círculo. Se sacaría el instrumento y se aplicaría de nuevo, sometiendo á la cabeza á un nuevo cambio de lugar. Todo esto no pasa de ser una idea que aún no he sometido á la prueba, pero me parece que por este medio se puede llegar mejor al objeto que deseamos, que por ningun otro.

A veces es completamente impotente el forceps, y en este caso no hay que recurrir á la craneotomía.

*De las dificultades que entorpecen la aplicacion del forceps.* — Entre las dificultades que complican el uso del forceps, las hay imprevistas, y, por consiguiente, que no pueden conocerse de antemano. Estas dificultades resultan de ciertas deformidades de las

partes laterales de la pelvis, que deben permitir el paso de las cucharas; tumores pelvianos ó abdominales cuyo sitio y dimensiones no se han determinado con anticipacion, posiciones anormales de la cabeza del feto ó producciones patológicas que exageran su volumen. Cuando se opone un obstáculo imprevisto á la introduccion ó buena colocacion de las ramas del instrumento, no debe insistirse sino inspeccionar con la mano cuál es el obstáculo, y hacer, por último, una aplicacion del mejor modo posible para terminar el parto. Las dificultades que se pueden prever se relacionan con las circunstancias siguientes:

La dilatacion incompleta del orificio uterino, particularidad que hay que tener muy en cuenta, sobre todo cuando hay que operar por encima del estrecho superior. Es necesario que el camino esté bien expedito, sin cuya circunstancia se encuentran grandes dificultades para la introduccion y colocacion de las cucharas, y si se trata de forzar el paso, se pueden determinar lesiones en el borde del expresado orificio.

La movilidad de la cabeza, que constituye un obstáculo cuando está en el estrecho superior, se corrige haciéndola fijar por un ayudante á traves de las paredes abdominales.

Se ha dicho que la aplicacion del forceps era peligrosa y difícil en el estrecho superior. Con sentimiento encontramos en las obras modernas aserciones de esta índole, que, con poca oportunidad, espantan y acobardan á los jóvenes principiantes, siendo tanto más de sentir esto, cuando no presentan en apoyo de su opinion más que dificultades imaginarias. Es evidente que si uno se empeña en colocar siempre las cucharas en los extremos del diámetro bi-parietal, esta aplicacion, estando la cabeza por encima del estrecho superior, no sólo será difícil, sino absolutamente imposible, porque este diámetro, como sucede casi siempre, se acerca á la direccion del antero-posterior de la pelvis.

Añadiré que el precepto que combato se funda en un error material. Se ha dicho que la compresion del diámetro occipito-frontal por el forceps aumenta la resistencia ya que no la longitud del bi-parietal. Esto es tener en cuenta únicamente lo que pasa en los diámetros horizontales del cráneo, sin haber observado el fenómeno más importante que sucede á esta compresion, el cual consiste en que se prolonga el diámetro tranquelobregmático, que es relativamente considerable, y cuyas modificaciones de longitud compensan la disminucion producida en los horizontales: ni más ni menos. He comprobado este fenómeno de un modo incontrovertible en las dos Memorias que he publicado sobre este punto. Presentar, pues, dificultades tan mal fundadas, es restringir la accion del forceps y desconocer los recursos de este magnífico descubrimiento. Por lo demas, los autores que entorpecen el camino de la práctica con obstáculos quiméricos de esta índole, están en contradiccion con ellos mismos. Esta contradiccion no se aprecia sino cuando se comparan dos

partes de un mismo capítulo y como los prácticos que empiezan no tienen tiempo de consultar los textos, su miedo é incertidumbre tienen excusa cuando contemplan á sus maestros llenos de perplejidades.

No está justificado el dicho de que es peligrosa la aplicacion del forceps cuando se hace por encima del estrecho superior; ha llegado á nosotros por antiguas tradiciones, pasando por Lachapelle, que tenía gran cariño á la version. La educacion quirúrgica de los autores modernos debiera haberlos hecho superiores á semejantes aprensiones. Es evidente que esta operacion presenta algunas dificultades en ciertos casos, pero yo pregunto: ¿Qué peligros puede tener ejecutada por manos hábiles ó sólo inteligentes? ¿Habremos llegado al extremo de temer la introduccion de un instrumento romo, que la mano guía hasta donde ha de penetrar, en una cavidad cuya forma y propiedades fisiológicas conocemos? ¿Hay muchas operaciones cuyo procedimiento esté sujeto á mejores reglas y ofrezca menos complicaciones? Si hay repugnancia en aplicar el instrumento en estas circunstancias, se debe proscribir necesariamente la litotricia; porque si el forceps es peligroso, la introduccion de un quebranta-piedras, con el que se va á buscar á tientas un cálculo en la vejiga, debe calificarse de loca temeridad.

**Paralelo entre el forceps y la version en las estrecheces de la pelvis.** He publicado con este título, á propósito de una cuestion muy importante y todavía controvertida, una extensa Memoria, de la que no puedo hacer aquí más que un corto resumen. Desde la invencion del forceps curvo, la mayoría de los prácticos ha admitido la necesidad de recurrir al forceps y no á la version en los casos de pelvis viciadas.

Hará un siglo que Burton emitió la hipótesis de que, encajada la cabeza fetal en una estrechez, era más reducible cuando se extraía por la base que cuando se hacía por el vértice. Esta hipótesis fué hija de su imaginacion y no se confirmó en su práctica, toda vez que sólo refiere dos observaciones muy poco á propósito para animar á nadie, porque en una de ellas hizo tales tracciones, que la cabeza, separada del tronco, se quedó dentro de la matriz, y en el segundo caso no pudo extraer la cabeza sino despues de haberla perforado. Estas dos catástrofes no alteraron, sin embargo, la confianza de Burton.

Mme. Lachapelle, que al parecer no conoció la opinion de Burton, se manifiesta muy partidaria de su doctrina. Pero tambien en este caso, cuando la teoría dice que sí, la práctica dice que no. En mi Memoria dejo demostrado que las consideraciones preliminares de Lachapelle eran tan inexactas como el resto de su trabajo, que encierra inexplicables contradicciones. Cuando se examina un grupo de las observaciones que expone dicha señora, se encuentra una significacion distinta de la que les da ella, probando lo contrario de lo que quiere dejar establecido.

Para demostrar que la version es más favorable que la aplicacion del forceps, habría que presentar hechos en los que una de estas operaciones hubiera dado resultado y fracasado la otra en una misma ocasion. No concurriendo estas circunstancias, se podría siempre objetar que el éxito hubiera sido más completo si se hubiera empleado el otro procedimiento. Casos de esta naturaleza son muy raros en verdad, pero he referido dos que pertenecen á Deleurye y á Coutouly, y son precisamente la sentencia de la version.

Tambien es de lamentar que Lachapelle haya omitido la medida exacta de la estrechez de cada pelvis y el diámetro de la cabeza de los fetos que han tenido que atravesarla, porque en cuestiones de esta índole la precision es un elemento indispensable.

Lachapelle dice : 1.º De 8 niños que han franqueado *espontáneamente* una pelvis estrecha, 5 han nacido vivos y 3 muertos. 2.º En siete casos de las mismas condiciones *la version* ha dado un resultado de 3 vivos y 4 muertos. 3.º En siete casos análogos el forceps ha dado igualmente 3 vivos y 4 muertos.

Se deduciría, pues, de estas cifras que la version da exactamente los mismos resultados que el forceps ; pero habría que añadir entonces que *la expectacion produce resultados infinitamente más ventajosos que los que da la intervencion*, y que hay que cruzarse de brazos al encontrarnos ante una mujer que está de parto y tiene una pelvis estrecha. Esta conclusion es absurda y nadie la puede aceptar.

Si pasamos al estudio de las observaciones que la autora coloca al final de sus Memorias, encontramos otros resultados. Primero, 9 aplicaciones de forceps dan 4 muertos y 4 vivos ; un feto putrefacto no debe constar ; la proporcion, pues, de muertos es de un 50 por 100. Se consignan ademas 23 casos en que salió primero el tronco, tambien en pelvis estrechas. Eliminando dos fetos macerados, quedan 21, que dan la proporcion de 6 niños vivos por 15 muertos, ó sea la mortalidad de un 60 por 100, es decir, que deja para la version un excedente de un 10 por 100.

No es esto todo : prosiguiendo en nuestra investigacion para saber qué ha sido de las madres, de las que nada dice Lachapelle en su estadística, se halla que de 9 operadas por el forceps 7 han curado y 2 han muerto, ó sea una proporcion de muertos de 28 por 100. La version da 15 curaciones y 8 muertos, ó sea un 53 por 100 de mortalidad, y eso que incluyo en el número de curadas á las mujeres cuya suerte no ha indicado Lachapelle.

En resumen, de 27 existencias comprometidas, el forceps ha sacrificado 5, ó sea una proporcion de 29 por 100, y en 44 ha tenido la version 23 casos desgraciados, ó sea un 52 por 100.

Hé aquí el resultado que á ojos cerrados y sin examen se ha aceptado por los autores que preconizan la version en los casos de estrecheces pelvianas.



Simpson, sin citar á Burton ni Lachapelle, ha publicado una extensa Memoria para sostener una doctrina semejante, fundada en los mismos motivos. Hay en su trabajo mucha más teoría que observacion, pues contruye su hipótesis sobre un solo caso, y en éste la version que practicó fué mortal para el niño. De todos modos, es tan incompleta la observacion, que Simpson no podría vanagloriarse de su teoría aunque el resultado hubiera sido satisfactorio. Creer en la eficacia de una operacion por un solo hecho, y éste desgraciado, es ser muy fácil de contentar.

En mi Memoria *Del forceps y la version en las estrecheces de la pelvis*, he discutido y refutado todos los argumentos que Simpson, á falta de hechos, toma de la teoría, y creo haber demostrado que se ha dejado llevar por ideas preconcebidas é insostenibles.

Me limitaré á reproducir su argumento principal : como su trabajo tiene unas 114 páginas, remito á mi Memoria al lector que quiera profundizar más este debate. Dice Simpson : «Siendo el diámetro bi-mastóideo más corto que el bi-parietal, se encaja con más facilidad en el estrecho acortado.» (Como se ve, es exactamente lo que dijo Burton cien años antes.) Si se encaja la cabeza mediante la version, se aplasta al pasar por la estrechez en lugar de enclavarse en ella. Supongamos que se trate de hacer pasar una A, cuyo vértice representa el diámetro bi-mastóideo y la barra de la letra la bóveda compresible y elástica del cráneo. Pues bien ; si ahora queremos hacer pasar esta especie de cono por dentro de una O de circunferencia *más reducida* que la base de la A, ¿pasará ésta mejor introduciéndola de vértice, ó por su base?

*Refutacion.* — Apenas me detendré para demostrar que esta comparacion es inaceptable, porque las dos cosas no tienen ninguna relacion. El occipucio, respecto á las elevaciones parietales, forma el vértice de un cono más corto, á la verdad, que el que está limitado por el diámetro bi-mastóideo y las elevaciones parietales ; pero no ofrece ningun punto de comparacion con las dos ramas divergentes que forman la base de la A, y ademas nunca se ha visto que el vértice se aplaste sobre la pelvis. Basta examinar la disposicion de las partes para comprender que un cono no se podrá aplastar jamás sobre un círculo que no le toca más que en dos puntos de su circunferencia, dejando el vértice completamente en el vacío.

Añadiré que en los casos más frecuentes, es decir, cuando el parto ha durado algun tiempo, está fuertemente doblada la cabeza, y entonces no es el bregma que se presenta, sino *un punto próximo al occipucio formando el vértice de un cono que tiene por base las elevaciones parietales, y presenta más altura que el cono parieto-mastóideo y un grueso menor en su vértice.*

Esta observacion, que soy el primero en formular, destruye toda la teoría de Simpson, porque es claro, que si la version con-

duce al estrecho superior un diámetro igual al que el forceps tiene que coger, la operacion se queda con sus inconvenientes sin compensacion alguna.

Cinco años despues añadió Simpson una tercera parte á su Memoria, sin que en este espacio de tiempo haya podido recoger más que una sola observacion, que le es personal. Dicha parte, aunque muy discutible todavía, merece, sin embargo, ser tomada en consideracion.

Si Cazeaux hubiera estudiado detenidamente los trabajos de Lachapelle y de Simpson, tal vez, en lugar de aceptar sus conclusiones, las hubiera rechazado como contrarias á la buena práctica.

Ademas de las causas que pueden hacer funesto el parto artificial para el niño, tales como compresion del cordon umbilical, lesiones de la médula, etc., que la version ocasiona con más facilidad, hay que tener en cuenta la suma de fuerzas que hay que emplear para terminar la extraccion. Los peligros de comprimir las partes blandas de la madre estarán en razon directa de la fuerza empleada para extraer el niño: sucediéndole lo mismo á este último relativamente á las contusiones del cerebro, fracturas, hundimiento de los huesos del cráneo y lesiones de los tegumentos.

Con objeto de aclarar esta cuestion, he hecho experimentos consignados en mi Memoria, y cuyos resultados apuntaré sencillamente. Creo que serán el último golpe dado á los partidarios de la version en las estrecheces.

En los hechos que siguen, el grado de reductibilidad que han tenido que sufrir las cabezas encajadas ha sido para todas el de 15 milímetros. He empleado como instrumentos mi ayuda-forceps y mi pelvis de experimento.

Primer experimento...	{ Feto encajado por el vértice extraído con una fuerza de.....	54 kils.
	{ Feto encajado por los piés.....	58 —
Segundo experimento..	{ Feto encajado por el vértice.....	32 —
	{ Feto (el mismo) encajado por los piés....	50 —
Tercer experimento....	{ Feto (otro) encajado por los piés.....	45 —
	{ Feto encajado por el vértice.....	43 —
	{ Feto encajado por los piés.....	59 —

En estos tres experimentos la diferencia en favor del forceps ha sido de 4,13 y 16 kilógramos. Creo que este resultado no necesita comentarios.

En resumen: en los casos de vicios de conformacion se debe rechazar la version y preferir el forceps siempre que pueda aplicarse, excepto, sin embargo, cuando la pelvis es oblicua y la region posterior de la cabeza, más voluminosa que la anterior, está en relacion con la parte más estrecha de la pelvis, porque practicando entonces la version, se lleva el occipucio á la porcion más ancha de la cavidad.

Pronóstico de la aplicacion del forceps. Esta operacion va

algunas veces acompañada de accidentes. Unos son debidos á la falta de precaucion ó á la torpeza del comadron, como las lesiones del orificio uterino, la rasgadura de la vagina y aun de la vejiga determinadas por la introduccion brutal y poco hábil de las cucharas mal dirigidas.

Otros pueden acontecer en las manos diestras de un entendido operador, tales son: las contusiones de las partes blandas que tapizan la pelvis, la rasgadura del periné, inevitable muchas veces; las fracturas del cráneo, la hemiplegia facial, el desprendimiento de la piel y la contusion del cerebro. Tambien se ha observado el prolapso del cordon umbilical cuando el forceps se aplica por encima del estrecho superior.

Pero en realidad, si se examinan los resultados de la práctica comun, la aplicacion del forceps en menos peligrosa que la version.

Teniendo en cuenta las estadísticas que dan á conocer el resultado relativo á la madre y al feto, encontramos las cifras siguientes :

AUTORES.	Aplicaciones de forceps.	Madres muertas.	Criaturas muertas.	Total.	Proporcion centesimal.
Johnson et Sainclair.....	200	11	29	40	10,0
Ramsbotham.....	73	3	17	20	13,0
Hardy et Mac Clintock.....	18	5	8	13	36,0
Smellie.....	52	2	9	11	10,5
R. Lee.....	42	3	34	37	40,5
Collins.....	24	4	8	12	25,0
Perfect.....	18	2	4	6	16,5
Pagan.....	82	9	19	28	17,0
Arneth.....	45	7	14	21	23,0
Schwerer.....	194	7	48	55	14,0
Riecke.....	2.700	122	630	752	14,0
Siebold.....	312	11	47	58	9,0
Ritgen.....	20	3	4	7	17,5
	3.780	189	871	1.060	13,8

En un total de 3.780 aplicaciones del forceps, que interesaban á 7.560 seres, ha habido 1.060 defunciones, que representan una mortalidad general de 13,8 por 100. En este número se cuentan 184 mujeres (4,9 por 100) y 871 niños, ó sea 23 por 100.

En la version el número de niños muertos asciende á 52,3 por 100 y el de las madres á 8 por 100.

Estas cifras demuestran mejor que todas las teorías la diferencia que separa estas dos operaciones en sus resultados funestos. Se deduce de ellas la siguiente conclusion : siempre que las circunstancias hacen posible la eleccion, se debe recurrir al forceps.

Frecuencia de la aplicacion del forceps. Por los datos de

Churchill, se ve que en Inglaterra, en 174.020 partos, se ha empleado el forceps 1.017 veces, ó sea casi 1 por 171.

En Alemania, en 763.951 partos, 7.205 veces, 1 por 106.

En Francia, en 47.475 partos, 339 veces, 1 por 140.

Si se suman estos tres grupos, se ve que en 985.446 partos se ha empleado el forceps 8.561 veces, 1 por 115.

## RESUMEN.

### Forceps.

Para que el forceps se pueda aplicar es necesario que el orificio uterino tenga la suficiente dilatacion para permitir el paso de las cucharas— que las membranas se hayan roto — y que la extremidad cefálica esté en relacion con el estrecho superior. Cuando el práctico considera la necesidad evidente, debe aplicar el forceps sin tardanza. — A la mujer se la deben dar las menos explicaciones posibles; el cloroformo nos evita esto. — No es preciso templar las ramas del instrumento, pero sí untar con cualquier sustancia grasa la cara externa de las cucharas. — El forceps se debe aplicar exclusivamente á la cabeza. — Cuando la dilatacion del orificio uterino es incompleta, hay que introducir las cucharas con mucho cuidado y prudencia para evitar las lesiones de este orificio. — *Reglas generales.* — La rama macho se debe coger siempre con la mano izquierda y aplicarse al lado izquierdo de la pelvis. — La rama hembra se coge con la mano derecha y se aplica al lado derecho de la pelvis. — Se debe coger la rama con toda la mano, colocando el pulgar sobre su borde externo al nivel de la articulacion, abrazando los otros cuatro dedos el borde interno. — La mano libre se introduce en los órganos genitales á fin de servir de conductor. — Se debe hacer con mucho cuidado la introduccion de las ramas. — Si en su progresion se tropieza con un obstáculo, en vez de tratar de vencerlo á la fuerza, hay que reconocer su naturaleza. — Se debe aplicar primero la rama posterior. — Para penetrar por la vulva se presenta la punta de la cuchara en el eje de este orificio, bajando luego la extremidad del mango, con objeto de que el instrumento siga el eje curvo de la excavacion. — Para llevar la cuchara á su sitio, se le comunica, si es necesario, un movimiento de espiral que se combina con el de progresion. — La rama macho debe aplicarse la primera, con objeto de que la mortaja de la rama hembra coincida con el clavillo. — Sin embargo, cuando el occipucio está colocado en cualquiera de los extremos del diámetro oblicuo derecho, ó en la extremidad derecha del diámetro transversal, la rama hembra se introduce la primera, des-cruzando despues el instrumento para articularlo. — Cuando la articulacion presenta dificultades, se mueven con cuidado las ramas con el objeto de que abarquen superficies diametralmente

opuestas.—Siempre que sea posible, estando la cabeza en la excavacion, debe cogerse en sentido de su diámetro bi-parietal. Cuando ésta no ha avanzado mucho ó está aún por encima del estrecho superior, se deben colocar las cucharas á los lados de la pelvis.—Cuando se ha hecho la articulacion, la mano izquierda, en supinacion, abarca el instrumento á la altura del clavillo, poniendo los dedos por encima.—La derecha, en pronacion, en el extremo de los mangos, los abraza colocando los dedos por debajo.—No debe hacerse presion para aproximar los mangos sino cuando la extraccion es difícil.—En el momento que es necesario elevar los mangos para extender la cabeza, hay que cambiar la posicion de las manos.—La que está en la articulacion coge el instrumento por el mismo sitio, pero puesta en pronacion, y la que está en la extremidad de los mangos los agarra en supinacion: como se ve, es una situacion inversa á la anterior.—Cuando no hay necesidad de terminar rápidamente el parto, se hacen las tracciones durante el esfuerzo uterino.—En caso de accidente, no hay que esperar á la contraccion uterina, sino terminar todo lo brevemente posible el parto.—En la excavacion, la compresion debe ser moderada, para no entorpecer el movimiento de rotacion natural de la cabeza.—La extraccion á traves de la vulva se hará con lentitud para preservar el periné. Cuando la aplicacion se haga en el estrecho superior, se practicarán las tracciones directamente hácia adelante: en la excavacion los mangos estarán algo elevados.—En el estrecho inferior se elevarán algo más—y el instrumento se dirigirá al pubis en el momento que la cabeza pasa por la vulva.—La separacion de los mangos indica una buena prehension.—Si á las primeras tracciones se escurre el instrumento, habrá que volver las cucharas á su sitio.—La traccion debe hacerse sólo con los brazos, tomando con los piés, si se considera necesario, un punto de apoyo á la altura del suelo.—El comadron debe siempre permanecer dueño de sus movimientos, para evitar accidentes que pueden sobrevenir en una extraccion brusca.—Siempre que sea posible deben hacerse las tracciones directas, sin comunicarles movimiento alguno de lateralidad.—*Reglas particulares.*—Cuando la cabeza está situada todavía por encima del estrecho superior, se deben aplicar las cucharas á los lados de la pelvis. Lo mismo se practica cuando está muy elevada en la excavacion.—En la primera posicion la rama macho se aplica la primera hácia atras, en relacion con el parietal posterior, y la hembra sobre el parietal dirigido adelante.—El movimiento de rotacion conduce la concavidad de los bordes de las cucharas hácia el pubis. Segunda posicion, igual aplicacion:—puede, sin embargo, ser necesario llevar el occipucio adelante si se trata con una primípara de vulva estrecha y periné resistente.—Tercera posicion, se aplica hácia atras primero la rama hembra—luego se descruza para articular.—Cuarta posicion: rama hembra pri-



mero, descruzamiento.—Es posible que sea conveniente conducir el occipucio adelante.—Occipito-iliaca izquierda transversal; rama macho primero — movimiento de rotacion dirigido adelante.—Occipito-iliaca derecha transversal, rama hembra primero, descruzamiento, movimiento de rotacion adelante.—Occipito-pubiana, rama macho primero á los lados de la pelvis.—Occipito-sacra, igual método. Es posible que alguna vez se crea conveniente conducir adelante el occipucio.—*Aplicacion del forceps despues de la salida del tronco.*—Esta operacion se practica raras veces, pues es preferible ejercer tracciones en el tronco y quijada antes que recurrir al forceps.—En estos casos se aplica el forceps siguiendo el plano esternal del feto.

*Aplicacion del forceps en las presentaciones de cara.*— Cuando la barba corresponde á la parte anterior de la pelvis, la operacion es la misma que en las presentaciones de vértice.— Cuando el menton mira atras, hay que traerlo adelante por todos los medios posibles y prudentes.—Por encima del estrecho superior es preferible la version al uso del forceps.—Si la cara está muy elevada en la excavacion, se deben aplicar las cucharas á los lados de la pelvis, ó en sentido del diámetro oblicuo, y practicar en varios tiempos el movimiento de rotacion forzada.—A veces no hay otro recurso que proceder á la craneotomía.—*Dificultades de la operacion.*—Unas son imprevistas, como ciertas deformidades de la pelvis que recaen en sus partes laterales, que es por donde penetran las cucharas; los tumores pelvianos ó abdominales, cuyo sitio y extension no ha sido posible reconocer antes, las situaciones anormales de la cabeza del feto ó las deformidades de naturaleza morbosa que exageran su volumen.— Cuando un obstáculo imprevisto se opone á la introduccion de las ramas, se las retira y se las vuelve á aplicar despues que el reconocimiento por la mano ha aclarado la situacion. Las dificultades que se pueden prever de antemano, se reducen á los casos siguientes: dilatacion incompleta del orificio uterino; hay que esperar á que se complete, con el objeto de evitar rasgaduras: la movilidad de la cabeza fetal; un ayudante de fijará á traves de las paredes abdominales de la madre.— La aplicacion del forceps en el estrecho superior puede ser difícil, pero en manos hábiles no es peligrosa.—*Del forceps y la version en las estrecheces de la pelvis.*—Es preciso siempre en casos de estrechez recurrir al forceps en las presentaciones de vértice, rechazando la version, á menos que la deformidad de la pelvis no sea oblicua.—*Pronóstico.*—El resultado general de la aplicacion del forceps da para la madre y la criatura una mortandad de 13,8 por 100, y la version 30,1. En todos los casos, pues, en que sea posible la eleccion, no deberemos dudar en preferir el forceps.

## EMPLEO DE LA FUERZA EN OBSTETRICIA.

Es notable que nuestros clásicos, que muchas veces discuten extensamente sobre puntos muy secundarios de la obstetricia, hayan pasado casi sin decir una palabra al lado de una cuestion tan importante como es la del empleo de la fuerza enérgica en los partos. Sobre todo, al hablar de la aplicacion del forceps, debieran haber establecido reglas basadas en la observacion, fijando los límites que la prudencia no permite traspasar.

La falta de una doctrina razonada entrega al práctico á la incertidumbre, que nace de la divergente opinion de los autores. Unos consideran el forceps como un instrumento de prehension y no de reduccion, es decir, que no se le debe mover sino con esfuerzos muy débiles; otros no tienen el menor temor en desarrollar una gran potencia y determinar notables presiones sobre la cabeza del feto. Pero ni los unos ni los otros han estudiado profundamente los efectos de la fuerza enérgica artificial y las numerosas consideraciones que se refieren á su empleo. Los autores que consideran el forceps como un instrumento de prehension que no debe reducir notablemente la cabeza del feto, limitan de una manera inaceptable su esfera de accion en provecho del cefalotribo.

Al aceptar esta teoría, habría que renunciar al uso del forceps siempre que existiera una desproporcion entre el volumen del feto y los diámetros de la pelvis, borrando con esta práctica de la obstetricia la más brillante conquista del siglo último.

Un práctico prudente no debe conducir sus pasos por la senda que le trazan las opiniones extremas, pues el exceso de timidez en el empleo de las fuerzas produce tan malos resultados como el de una fuerza enérgica y ciega. Cuando despues de tentativas inútiles se renuncia al forceps en estas condiciones, no le queda otro recurso al comadron que mutilar al niño ó practicar la operacion cesárea.

Casi por unanimidad ésta se halla reservada para los casos en que la embriotomía es impracticable. No se deben concebir esperanzas muy lisonjeras respecto al resultado que da la mutilacion del feto. Su muerte no siempre evita la de la madre, y dentro de poco veremos á qué cifra tan enorme se eleva la mortalidad.

La repugnancia que se manifiesta para emplear una fuerza enérgica en los partos, reconoce por causa más el instinto que la razon, no se apoya en ningun documento estadístico, ni tampoco la experiencia personal de ningun gran maestro ha venido á arrojar su autoridad en la balanza de la duda. Se cree el asunto peligroso, se dice, y por huir de este daño venimos á caer en los brazos de una operacion mucho más peligrosa todavía.

El problema de la aplicacion de la fuerza artificial á la termi-

nacion del parto es mucho más complejo que á primera vista parece ; tiene por base algunas cuestiones que es preciso examinar separadamente, sin cuyo requisito el método y su aplicacion no pueden apreciarse debidamente. Entre estas cuestiones hay unas bien estudiadas, otras que no son conocidas sino por experimentos mal ejecutados y defectuosos, y otras, por último, aun no han sido ni siquiera desfloradas. Todas estas cuestiones son relativas : al grado de reductibilidad de la cabeza, á la comparacion entre las fuerzas mecánica y manual, á la resistencia del cerco pelviano, á la fuerza que se debe emplear, á la duracion de la operacion, á su oportunidad, á la direccion del eje de traccion, etc.

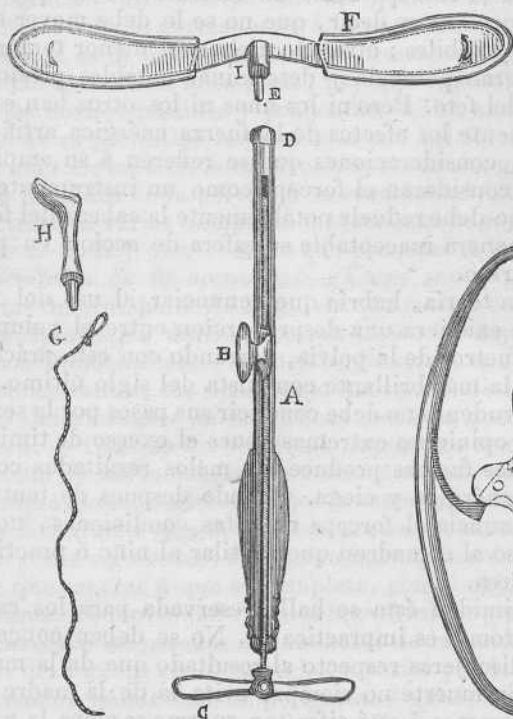


Figura 112. — Ayuda-forceps.

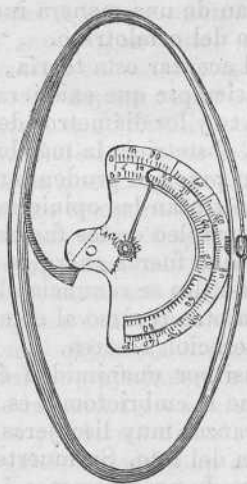


Figura 113. — Dinamómetro.

Antes de manifestar el resultado de mis experimentos, es necesario que de á conocer el instrumento que me ha servido para practicarlos y el modo como se maneja.

**Del ayuda-forceps.** Este instrumento se compone : 1.º De una cánula de acero, A, de treinta y cuatro centímetros de largo, teniendo por eje una varilla de tornillo y provista de un boton de tuerca, B, que sube ó baja á lo largo de la varilla cuando se

da vuelta al puño, C, del tornillo. 2.º Un punto de apoyo, F, pieza metálica almohadillada en todos los puntos que han de ponerse en contacto de las tuberosidades isquiáticas de la mujer. Su borde inferior, I, está redondeado y forma una polea de reflexión, por la que se desliza la cuerda, de modo que las tracciones se verifican en la dirección del eje de los estrechos, sin rozar la vagina ni la vulva. 3.º De un pequeño dinamómetro para medir la fuerza empleada. 4.º De una cuerda de cáñamo G de cinco milímetros de diámetro.

El instrumento además está provisto de una punta de *ecrasseur*

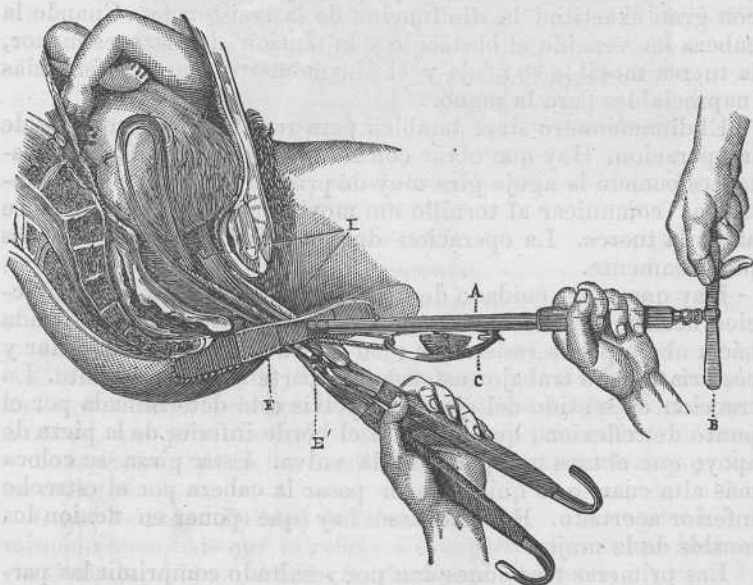


Figura 114.

A. Cánula con eje de tornillo y tuerca móvil. — B. Mango del instrumento. — C. Dinamómetro enganchado en el botón de la tuerca móvil. — E. Cuerda que pasa por los ojales del forceps y se ata al dinamómetro. — F. Pieza de apoyo del instrumento en relación con los isquions de la mujer. La cuerda pasa por su borde inferior, que forma una polea de reflexión.

H (1), que basta articular con la cánula para tener un *estragulador lineal*, que puede funcionar con la cadena Chassaignac ó la cuerda metálica de Maisonneuve.

**MODO DE APLICAR EL AYUDA-FORCEPS.** — Aplicado el forceps, sea cualquiera su modelo, se pasa la cuerda por los dos ojales de las cucharas. La chapa que sirve de punto de apoyo se articula con la cánula y se la coloca en las tuberosidades isquiáticas encima del surco glúteo-femoral. Se hace extender los

(1) Empleamos esta palabra á falta de una equivalente en nuestro idioma. Por fortuna, todos nuestros cirujanos conocen este instrumento. (N. de los T.)

muslos á la mujer para impedir la dislocacion de dicha pieza ; se atan los dos extremos de la cuerda despues de haberla pasado por el dinamómetro , y en seguida se engancha este último en el boton de tuerca que se pone en movimiento cuando se da vuelta al puño de la cánula (fig. 114).

La cuerda obra de dos modos ; no sólo tira del forceps, sino que, pasando por sus ojaes, aproxima las cucharas con una potencia que aumenta en razon directa de la resistencia. Por consiguiente, la presion de la cabeza esta bien asegurada sin que haya temor alguno á que se escurra. El dinamómetro indica no solamente el grado de fuerza que se emplea, sino que demuestra con gran exactitud la disminucion de la resistencia. Cuando la cabeza ha vencido el obstáculo y la tension del lazo es menor, la tuerca movable se afloja y el dinamómetro marca diferencias inapreciables para la mano.

El dinamómetro sirve tambien para regularizar la marcha de la operacion. Hay que obrar con lentitud y pararse algunos instantes cuando la aguja gira muy de prisa. Se puede, por el contrario, comunicar al tornillo un movimiento rápido cuando se afloje la tuerca. La operacion dura de diez á treinta minutos próximamente.

Hay que tener cuidado de mantener la cánula en una direccion horizontal, sin cuyo requisito bien pronto sería arrastrada hácia abajo por la resistencia ; su aplicacion no rería regular y costaría mucho trabajo sostener esta parte del instrumento. La traccion en sentido del eje de la pelvis está determinada por el punto de reflexion, que presenta el borde inferior de la pieza de apoyo que obtura una parte de la vulva. Esta pieza se coloca más alta cuando se quiere hacer pasar la cabeza por el estrecho inferior acortado. En este caso hay que poner en flexion los muslos de la mujer.

Las primeras tracciones dan por resultado comprimir las partes en que está aplicada la pieza de apoyo. En las mujeres gruesas el espesor de las partes blandas puede favorecer la dislocacion de esta pieza, la cual presenta, para evitar este inconveniente, unas asas en sus dos extremos, destinadas á recibir unos cordones que sujetan los ayudantes, á fin de dar solidez y seguridad al aparato.

**Pelvis artificial.** Para practicar los experimentos me era imposible adquirir pelvis frescas con diferentes grados de estrechez, por lo que tuve que buscar un medio de producir artificialmente estas deformaciones, y con este objeto mandé fabricar á los señores Robert y Collin una chapa de hierro batido que se modela exactamente sobre el sacro y promontorio de una pelvis normal. Dos barras de hierro, provistas de tuercas, salen de su parte posterior y terminan soldándose entre sí en ángulo recto. Empujando hácia adelante las barras, marcha en este sentido el promontorio artificial, simulando las estrecheces del estrecho superior



hasta el punto de reducir su diámetro antero-posterior á 5 centímetros y á 10 el transversal. Esta pelvis es indispensable á los prácticos que desean hacer experimentos acerca de la distocia por estrechez pelviana.

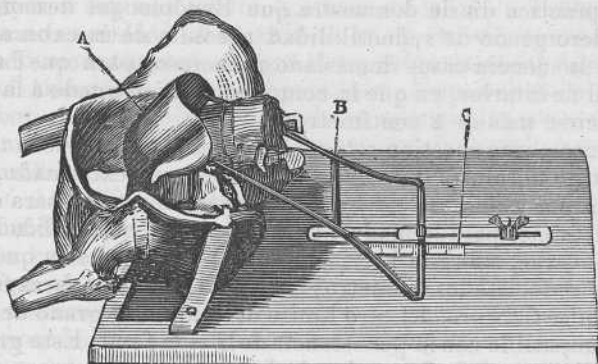


Figura 115.

Pelvis de experimentos.

A. Promontorio móvil. — B. Barras destinadas á movilizarlo. — C. Indicador que marca el grado de estrechez.

Chassagny (de Lyon) ha inventado un aparato de tracciones análogo al mio; pero me han tomado tantas cosas sin citar mi nombre, que pronto no quedará nada de su primera invencion.

Examinemos ahora los resultados de mis experimentos y observaciones.

**Grado de reductibilidad de la cabeza fetal.** He explicado ya minuciosamente lo que se refiere á este particular en una Memoria titulada *Del empleo de la fuerza en obstetricia*, y, por lo tanto, me limitaré á presentar únicamente aquí el resultado de los experimentos consignados en ella.

Baudelocque emitió la opinion, copiada despues por todos los autores, de que el diámetro bi-parietal de la cabeza del feto podía sufrir una reduccion de 11 milímetros á lo más, y la del occipito-frontal, más extensa, podía llegar á 18.

Baudelocque vió sólo un lado del problema y se colocó en condiciones tan distintas de las que tiene el parto, que no pueden admitirse sus resultados. Este autor había apreciado tambien de un modo inexacto la accion de las paredes laterales de la pelvis sobre las cucharas del forceps, comparándolas con el anillo que se hace deslizar sobre ciertas tenazas á fin de aproximar las ramas; deduciendo que los órganos maternos en relacion con la convexidad de las cucharas, sufrían una presion igual á la de los puntos estrechados de la pelvis, en relacion con la cabeza del feto. Esta es una concepcion teórica, cuya exactitud sólo se ve-

rifica en los casos de estrechez general de la pelvis, eventualidad prodigiosamente rara. Por lo comun, la estrechez es antero-posterior, existiendo en el sentido transversal un espacio más que suficiente, para que el forceps no se ponga en un contacto muy íntimo con las partes maternas.

La práctica diaria demuestra que Baudelocque desconoció el verdadero grado de reductibilidad absoluta de la cabeza. Existen en la ciencia casos demasiado numerosos para que haya necesidad de citarlos, en que la compresion ha obligado á la cabeza á reducirse más de 2 centímetros.

Ademas, esta cuestion está mal planteada cuando se la toma en su sentido absoluto. Tiene dos límites: el uno extremado, al que se llega por medio de esfuerzos enormes, mortales para el feto, peligrosísimos para la madre, y que no tienen más utilidad que la de demostrar, sobre la pelvis de experimentos, hasta qué punto pueden reducirse los diámetros horizontales de la cabeza fetal sin que ésta se fracture. El otro límite determina el grado de reduccion compatible con la persistencia de la vida fetal. Este grado no hay nadie que pueda determinarlo de una manera rigurosa, porque seguramente varía segun el individuo, segun la extension de las fontanelas, la cantidad de líquido cefalo-raquídeo que va á refugiarse al conducto vertebral, el grado de lentitud en la compresion que da tiempo á la sangre venosa para pasar á los senos vertebrales, y, por último, segun el *grado de espesor de los huesos*, que no siempre están en relacion con lo ancho de las fontanelas. Sin embargo, habiendo examinado un gran número de fetos que han nacido vivos en casos de estrechez de la pelvis, me ha parecido que la cabeza podía reducirse á 1 centímetro y medio sin producir la muerte del niño. Sobre esta base, que repito no se puede considerar como rigurosa, he establecido el término medio de las fuerzas que me parece útil no traspasar en las tracciones mecánicas.

**REDUCTIBILIDAD ABSOLUTA.** — Obtuve por medio de una fuerza enorme que no pude precisar exactamente (porque estos experimentos datan de 1860, época en que carecía de dinamómetro), pero que debe desterrarse completamente de la práctica, reducciones de 49 y hasta 55 milímetros en el diámetro occipito-frontal, sin fractura de los huesos. Debo decir, sin embargo, que se han manifestado varias veces lesiones óseas por compresiones mucho más pequeñas. Si estos hechos establecen la posibilidad de una inmensa reduccion sin fractura, constituyen más bien la excepcion que la regla.

**GRADO DE REDUCTIBILIDAD PRÁCTICA.** — He dicho hace poco que una reduccion de 15 milímetros no era incompatible con la persistencia de la vida del feto, y numerosos ejemplos lo comprueban. No pretendo, sin embargo, que semejante compresion sea inofensiva, pues, ciertamente un gran número de niños sucumbirán á la operacion; pero como todos están destinados al

cefalotribo, es decir, á una muerte segura, aunque no se salvaran más que la cuarta parte, siempre sería un resultado apetecible, sobre todo si no resultaban inconvenientes para la madre. Despues examinaremos este segundo punto de la cuestion.

Existe en la ciencia un corto número de fetos, expulsados espontánea ó artificialmente á traves de pelvis estrechas, que han tenido necesidad de experimentar en su cabeza una reduccion de dos centímetros y algo más, sobreviviendo á pesar de una profunda depresion de los parietales. Esta, indudablemente, es la excepcion, habiéndose pasado en silencio los casos desgraciados, incomparablemente más numerosos. No puedo considerar estos resultados excepcionales como base práctica; así es que limito á 15 milímetros el grado de reduccion que puede sufrir la cabeza del feto sometida á tracciones artificiales. Pero esta cifra no es el último término que se la puede asignar, pues cuando ya no hay esperanza de salvar el feto, la perforacion del cráneo disminuirá una buena porcion de resistencia, siendo entonces posible, con la misma cantidad de esfuerzos, aumentar la reduccion con 5 y 10 milímetros sin peligro para la madre.

El diámetro bi-parietal de la cabeza del feto mide próximamente 9 centímetros; por lo tanto no debemos perder la esperanza de ver nacer al niño vivo en los casos, bastante raros, de una estrechez de 75 milímetros. La craneotomía aumentará este límite hasta 70 y aun 65 milímetros, grados que son excepcionales.

En las deformaciones de la pelvis no se puede medir más que de una manera aproximada la longitud del diámetro acortado, como tampoco se puede apreciar sino imperfectamente el grado de inclinacion de la sínfisis pubiana, que varía entre 3 y más de 30 milímetros. El único diámetro accesible á nuestros medios de investigacion es el sacro-subpubiano; y, sin embargo, la indeterminable inclinacion de la sínfisis hace que tampoco pueda precisarse con exactitud. Siempre tropezamos con el mismo inconveniente, sin que podamos evitar esta causa de incertidumbre que la madre nos presenta. Las dudas crecen cuando tratamos de la mensuracion del feto: no hay nada que nos indique si los diámetros de la cabeza son superiores ó inferiores al término medio de su longitud ordinaria, siendo ademas enteramente desconocida la reduccion tan variable de dicha extremidad. En las estrecheces de grado medio no se puede prever cuál será el resultado de la intervencion: nos faltan los elementos para apreciarlo debidamente, y á veces practicamos enormes tracciones manuales sin otro resultado que contundir inútilmente los tejidos de la madre. La desproporcion entre el feto y la pelvis exige que se proceda de otro modo. Todos esos esfuerzos impotentes, que tantos sufrimientos pueden ocasionar á la mujer, se hubieran ahorrado al haber tenido á nuestra disposicion los medios para conocer que iban á ser de todo punto infructuosos. Pues bien, este medio existe en mi aparato de tracciones.

El empleo de este aparato da otra base de apreciacion. La necesidad de saber la relacion entre los diámetros maternos y fetales deja de ser indispensable; el verdadero criterio *es el grado de fuerza que no debemos traspasar*. La aguja del dinamómetro es un guía seguro, que falta completamente cuando el forceps, movido por las tracciones manuales, obedece ó resiste á la fuerza ciega de uno ó dos prácticos.

En mis experimentos, detalladamente consignados en mi Memoria, el resultado de la fuerza empleada se ha consignado mediante el dinamómetro, y todos han tenido por base una reduccion de 15 milímetros. Las cabezas se han medido exactamente, y para cada una de ellas se ha dispuesto la pelvis artificial, de modo que para atravesarla tuvieran que reducirse á 15 milímetros. La fuerza empleada para que los recién nacidos franquearan esta estrechez fué la de 54, 32 y 43 kilogramos, habiendo sido el término medio 43 kilogramos. Aquí únicamente diré que este resultado no se puede obtener por las tracciones con el forceps, hechas por un solo profesor; hay necesidad de que sean dos los que aunen sus esfuerzos con este objeto, y que éstos representen la suma de 120 kilogramos. No quiero decir que se utilice siempre esta fuerza por completo, pero no se pueden medir sus tracciones. Un solo operador representa la potencia de 60 kilogramos, que si es insuficiente se agrega la de un ayudante, y sólo desplegando ambos todo su vigor llegan á 120 kilogramos.

Las cifras por mí obtenidas representan una fuerza superior en realidad á la que se hubiera empleado en el vivo, en razon á las particularidades que expongo en mi Memoria y que no transcribo por abreviar este asunto. Sin embargo, no debo pasar en silencio dos observaciones sacadas de mi práctica. Hasta ahora no he tenido ocasion de aplicar más á menudo el ayuda-forceps para terminar el parto, y de esto depende que no haya publicado ninguna comunicacion sobre este asunto desde que lo presenté á la Academia.

*Primera observacion.* — El 20 de Julio de 1863 fuí á Passy, calle Blanche, núm. 2, llamado por los doctores Duval, padre é hijo, Bourdonner y Connat, para que los ayudara con mi concurso cerca de la señora S..., que hacía ya dos dias que estaba de parto. Habían pasado veinticuatro horas desde que se efectuó la rotura de las membranas y se había completado la dilatacion del cuello. El niño, muerto desde algun tiempo, estaba en primera posicion de vértice. Se habían hecho varias aplicaciones de forceps, y ni aun las tracciones por dos profesores habían hecho adelantar el parto en lo más mínimo. Lo accesible que era el ángulo sacro-vertebral indicaba una estrechez antero-posterior próximamente de 8 centímetros; pero creo fuera aún más corto dicho diámetro, en razon á los potentes esfuerzos de traccion que hubo necesidad de emplear. Es verdad que la osificacion de

la cabeza presentaba un grado considerable de desarrollo. Apliqué el ayuda-forceps. La operacion fué larga y penosa, lo que fué debido á un simple detalle en la maniobra, pues todavía no había yo reconocido la necesidad de mantener la cánula en la situacion horizontal, por cuyo motivo empleé mucho tiempo fatigándome sobremanera.

Para extraer la cabeza hubo necesidad de emplear una fuerza de 70 kilogramos. Dicha extremidad tenía los diámetros siguientes : occipito-frontal, 110 ; bi-parietal, 90 ; suboccipitobregmático, 95. El niño pesaba 3.100 gramos.

Cuando ví por vez primera á la enferma, su estado era muy grave, presentándose luego, al siguiente dia del parto, algunos síntomas alarmantes por parte del vientre, que cedieron con rapidez al tratamiento que se prescribió. La convalecencia fué corta y la enferma se restableció por completo.

*Segunda observacion.* — Madame L....., de veinticuatro años de edad, con algunas señales de raquitismo, estaba en cinta por segunda vez. El ángulo sacro-vertebral se tocaba con facilidad. y el diámetro antero-posterior del estrecho superior medía próximamente 85 milímetros. En el primer parto, en presentacion de nalgas, se expulsó con facilidad el cuerpo del feto, pero le fué imposible al práctico extraer la cabeza, que permaneció por encima del estrecho superior. En esta situacion la enferma fué conducida al hospital de San Antonio, en donde despues de largas maniobras, cuyos detalles no nos ha podido dar, le extrajeron un niño muerto. Como consecuencia de este parto laborioso, le sobrevinieron dolores que, segun los datos poco científicos que ella nos dió, debieron existir en la sínfisis, impidiéndole por tres meses el poder andar.

En este nuevo parto se hallaba asistida por una matrona. El trabajo empezó el 27 de Noviembre á las dos. A las seis había completa dilatacion ; se rompió la bolsa de las aguas, y los piés del niño, pues tambien la presentacion era por la extremidad pelviana, aparecieron en la vagina. A pesar de lo sostenido y enérgico de las contracciones no se verificaba el encaje, y la matrona acabó por extraer el cuerpo tirando de las partes ya descendidas ; pero la cabeza, muy voluminosa, resistió á los esfuerzos, y el niño sucumbió.

La situacion era muy comprometida y la matrona llamó en su auxilio al Dr. Bonnet, práctico muy experimentado y de fuerzas poco comunes, que varias veces renovó las tentativas para extraerlo. La cabeza doblada presentaba el diámetro occipito-frontal situado transversalmente, y los esfuerzos muy bien dirigidos por M. Bonnet habían producido la rotura del maxilar inferior, punto en el que tomó su apoyo. El cansancio puso fin á estas tentativas y dicho señor me suplicó que fuera á ayudarlo. Renové por dos veces los esfuerzos de traccion sobre el cuerpo del feto, pero pronto me convencí de que eran de todo punto



inútiles, puesto que la cabeza no se había encajado aún en la estrechez. Entonces recurrí al ayuda-forceps sin emplear el forceps. Pasé la cuerda por encima del cuello del feto y la até al dinamómetro, que fijé al boton-tuerca de la cánula. Las tracciones manuales habían determinado violentos dolores en el muslo izquierdo, que se exasperaban á cada esfuerzo y que ya había sentido la enferma en su primer parto. Envié á buscar cloroformo, y mientras venía, comuniqué al tornillo del ayuda-forceps un movimiento lento, que apenas produjo dolor en la mujer y que me hizo renunciar á la anestesia. La enferma, que mientras se hacían los esfuerzos manuales había dado grandes gritos, respondía á mis preguntas diciéndome que sus molestias eran tolerables. La cabeza se extrajo en veinte minutos mediante una fuerza de 41 kilogramos. El parietal posterior estaba aplastado, pero sin fractura. La falta de instrumento para medir los diámetros cefálicos hizo que no se pudiera llenar este requisito, pero el peso del niño, 4.500 gramos, hacía creer que pasarían del término medio.

El puerperio no presentó novedad alguna, siendo tan sencillo como si el parto hubiera sido completamente normal.

**Paralelo entre las fuerzas manuales y mecánicas.** Respecto á la apreciacion de la fuerza que un hombre vigoroso puede desarrollar ejerciendo la traccion con el forceps, he hecho los siguientes experimentos, que Bailly presenci6, y que en su tesis se los ha apropiado sin pedirme el consentimiento.

1.º Haciendo la tracción sólo con los brazos, sin ningun apoyo para los piés, un hombre de fuerzas hace marcar á la aguja del dinamómetro 45 kilogramos.

2.º Este mismo, con un punto de apoyo para los piés á la altura del suelo, la hace subir á 60 kilogramos.

3.º Teniendo el punto de apoyo al mismo nivel del forceps, 90 kilogramos.

Delore ha hecho ensayos análogos que le han dado los resultados siguientes :

Un hombre...	{ Sin apoyo.....	40 kils.
	{ Con apoyo.....	80 —
Dos hombres.	{ Sin apoyo.....	80 —
	{ Con apoyo.....	130 —

Algo difieren estas conclusiones de las mías, aunque no mucho, lo que se puede explicar por la situacion más ó menos elevada del punto de apoyo relativamente al suelo. Además, la fuerza individual es tambien tan variable, que en estas circunstancias no puede darnos más que aproximaciones. Pero me parece evidente que, cuando las tracciones se ejecutan por dos, si su fuerza es igual, se debe obtener el doble de la potencia desarrollada por uno solo.

Los niños que sirvieron para los experimentos comparativos entre las fuerzas manuales y mecánicas, habían vivido durante

algun tiempo, pero el que menos pasaba del mes, y, por lo tanto, la osificación de la cabeza estaba muy adelantada. La fuerza empleada tuvo que ser mayor que en los casos precedentes, que recayeron en niños recién nacidos. Pero esto no tiene ninguna importancia bajo el punto de vista de la comparación.

Me limitaré sólo á exponer el resultado de mis experimentos, cuyos detalles dejo cumplidamente consignados en mi Memoria. Para todos los casos se dispuso la pelvis artificial de manera que, para atravesar la estrechez, la cabeza fetal tuviera que sufrir una reducción de 15 milímetros.

*Primer experimento.* — Tracciones con el forceps hechas por dos con un punto de apoyo para los pies al nivel del suelo. Fuerza desplegada, 120 kilogramos; la cabeza no sufrió el menor encaje. Abandonamos las tracciones manuales y aplicamos el ayuda-forceps. La cabeza pasó por la estrechez en veintiun minutos, mediante una fuerza de 90 kilogramos. Lo elevado de esta cifra, lo mismo que la de los siguientes experimentos, se explica por la edad del niño que servía para nuestras investigaciones. Pero el resultado importante es: que con una potencia manual de 120 kilogramos, la cabeza de la criatura no se pudo ni aun encajar en la pelvis, al paso que el instrumento determinó su extracción con una de 90, y sin la menor lesión en los huesos. En prueba también de lo que difiere la acción lenta y progresiva de la rápida y violenta, se extrajo con el ayuda-forceps, valiéndonos de esta última, al mismo feto, colocado en iguales condiciones, en el breve espacio de seis minutos. La aguja del dinamómetro llegó á marcar 138 kilogramos, quedando los huesos de la cabeza fetal destrozados por múltiples fracturas.

*Segundo experimento.* — Verificado con otro feto. Tracciones directas hechas por dos con el forceps. La cabeza pasó por la estrechez al cabo de algunos minutos, teniendo que desarrollar una fuerza de 120 kilogramos. Después de la rectificación de los diámetros se aplicó el ayuda-forceps, extrayendo en diez y seis minutos al niño sin fracturas, y marcando el dinamómetro 70 kilogramos. Diferencia en favor del instrumento: 50 kilogramos. Nuevamente se coloca al feto en posición, se aplica el instrumento y perforo el cráneo; entonces no tengo necesidad de más fuerza de extracción que la de 55 kilogramos. Diferencia con la empleada para extraerlo con la cabeza intacta, 15 kilogramos.

*Tercer experimento.* — Nuevo feto. Tracciones impotentes hechas por dos. Escogí otro ayudante de fuerzas poco comunes, y después de algunos minutos de esfuerzos sostenidos, la cabeza salvó los obstáculos. Fuerza empleada, 120 kilogramos. Aplicando el ayuda-forceps en iguales condiciones, el obstáculo se venció en treinta y cinco minutos, empleando una fuerza de 80 kilogramos y sin la menor fractura. Diferencia en favor del instrumento: 40 kilogramos.

Sean las que fueren las antipatías que vulgar y generalmente inspiran las cosas nuevas, hay en ésta un resultado muy digno de fijar la atención, y es: que el ayuda-forceps extrae al feto con una economía de fuerzas de 30, 40 y 50 kilogramos menos que las necesarias para las tracciones manuales, las cuales pueden ser completamente impotentes en casos en que el ayuda-forceps permite conseguir el resultado.

Atendiendo, pues, á lo que dejo expuesto, me creo autorizado para formular los siguientes aforismos, que constituyen la base de la doctrina:

1.º Las tracciones lentas, progresivas y sostenidas, elevadas hasta un grado insuficiente para determinar lesiones en la madre, pueden muy bien dominar un obstáculo que una fuerza manual no consiguió.

2.º En los casos que esta última fuerza desarrollada por dos hombres tiene la energía suficiente para encajar la cabeza del feto en una estrechez dada, el ayuda-forceps produce los mismos resultados con una fuerza mucho menor.

3.º Como el peligro resulta de las compresiones, necesitando el ayuda-forceps una fuerza mucho menor, disminuye las compresiones, y, por consiguiente, la causa de peligros.

A esto, sin embargo, se puede hacer una objecion, diciendo que si las tracciones manuales se prolongaran tanto tiempo como la aplicacion del ayuda-forceps, darían iguales resultados. Esto es un error. El esfuerzo humano no se puede graduar con la misma exactitud que la fuerza mecánica, cuya accion es *lenta y progresiva*, lo que constituye una importante condicion. El esfuerzo muscular da desde el principio su máximum de energía y despues se va debilitando.

El hombre más vigoroso no puede sostener el esfuerzo pasados algunos minutos, y el descanso que se ve obligado á tomar da por inmediato resultado, si no se ha encajado todavía la cabeza, el reascender ésta por encima de la estrechez y tener que volver á empezar de nuevo. Además, el esfuerzo de traccion no es regular y continuo, sino una sucesion de bruscas sacudidas separadas por pequeños ó cortos intervalos.

Para aclarar esta cuestion he hecho el siguiente experimento, que ha durado dos minutos; mi pié tenía un apoyo á la misma altura del piso.

El dinamómetro marcó:

A los	3 segundos	60 kils.	A los	67 segundos	20 kils.
—	10	45 —	—	77	30 —
—	15	60 —	—	79	40 —
—	30	30 —	—	92	30 —
—	37	40 —	—	110	50 —
—	44	20 —	—	120	20 —
Descanso de 10 segundos.			Gran cansancio.		

Como se ve, el máximum es al principio, es decir, antes que una fuerza menor, y pudiéramos decir preparatoria, haya hecho

que la cabeza se amolde al obstáculo. De modo que sólo después de una sucesión de semidescanso y de sacudidas enérgicas, únicamente apreciables con el dinamómetro, es cuando se verificó la extracción.

El esfuerzo mecánico es enteramente distinto : muy débil al principio, crece de un modo lento y progresivo, no manifestando el máximo de su intensidad sino al final, en donde produce su efecto útil. La paciente no sufre sino por breve tiempo el máximo de las tracciones mecánicas, muy inferior al que produce la mano, puesto que ya hemos visto que hay la diferencia de 30, 40 y 50 kilogramos en favor de las tracciones mecánicas.

**Fenómenos del encaje por tracciones continuas.** En la pelvis que sirve para los experimentos es fácil observar la progresión del encaje y explicarnos los fenómenos que se verifican en los diámetros acortados. El ayuda-forceps ejerce sus tracciones siguiendo el eje del estrecho superior, siendo, por lo tanto, los fenómenos del encaje iguales á los del parto natural. En efecto, el primer hueso que se encaja es el parietal más posterior, que al ponerse en relación con el promotorio, se dobla, volviendo á su primitiva situación después de haberlo rebasado. La profundidad de la depresión es muy variable ; no es posible medirla con perfecta exactitud, pero me ha parecido que podría ser sobre poco más ó menos 6 ú 8 milímetros, según el grado de resistencia y elasticidad de los huesos. Únicamente después que el parietal que mira hácia atrás se ha encajado en parte, es cuando el otro toma movimiento deslizándose sobre la superficie pubiana.

Durante los esfuerzos, no es sólo al nivel de la estrechez donde se produce la reducción ; también se efectúa ésta á la altura del diámetro cefálico, que cogen y comprimen las cucharas del forceps. La cabeza, comprimida en dos sentidos diferentes, debe naturalmente, en razón de su incomprensibilidad, prolongarse en su diámetro vertical, siendo, en efecto, en este sentido en el que aumenta de extensión.

De modo que lo que pierde en grueso dicha cavidad, lo gana en longitud, y esto antes de haberse verificado el encaje. Este fenómeno se aprecia muy bien en la pelvis de experimentos.

Cuando en la práctica se hace una aplicación muy enérgica de forceps, no deberemos deducir, porque la cabeza fetal esté más al alcance del dedo, que el encaje se ha verificado, porque ésta es una circunstancia que indica sólo que la cabeza se va reduciendo.

Ya se sabe que por la acción de los esfuerzos uterinos los parietales yuxtaponen sus bordes superiores produciendo una reducción, hasta cierto punto natural, de la cabeza. Entonces se observa al nivel de las suturas pliegues debidos al fruncimiento de la piel del cráneo. En los grandes esfuerzos de tracción ya no sucede lo mismo ; el cerebro, comprimiendo, reacciona sobre la bóveda craneal y desaparece el cabalgamiento de los huesos ; la

superficie está lisa y tirante, la piel no forma pliegues, las comisuras se pueden reconocer todavía por su menor grado de resistencia, porque los bordes de los parietales están separados.

Sin estar exenta de graves inconvenientes, creo que esta compresion de totalidad no es tan grave para el feto como la local, que se verifica en contacto del promontorio.

**Consecuencias de las presiones enérgicas para la madre y la criatura.** Los adversarios de los aparatos de traccion lo son igualmente de las aplicaciones enérgicas del forceps, y P. Dubois, á pesar de haber recurrido algunas veces al auxilio de un ayudante vigoroso en casos de pelvis estrechas, considera, sin embargo, lamentable esta intervencion. Hay que reconocer, no obstante, que el ilustre clínico no justificaba su repugnancia con ninguna estadística funesta, pudiendo muy bien decirse que era más bien instintiva que fundada en los hechos.

No entra en mi ánimo de ningun modo sostener que los grandes esfuerzos soportados por la madre sean inocentes para ésta y para su hijo, ni tampoco que no debiéramos procurar evitarlos; pero entre dos medios peligrosos debemos elegir el menos grave; esto es, el que salve más existencias.

En la cirugía general se puede diferir á menudo una operacion, y aun abstenirse de practicarla; pero en la especial de obstetricia, si renunciamos al empleo del forceps, hay la absoluta precision de hacer otra cosa: la abstencion es imposible, porque los peligros crecen con la expectacion. Este otro recurso es la cefalotripsia. De la operacion cesárea no hablo, porque generalmente está reservada para los casos en que no son aplicables ni el forceps ni el cefalotribo.

Pasemos ahora á examinar si los resultados de la cefalotripsia son tan consoladores que nos autoricen á manifestarnos prevenidos contra las tentativas que tienen por objeto restringir su empleo.

Cuando en 1861 empecé á examinar los elementos de esta cuestion, apenas si existían estadísticas algo extensas sobre la cefalotripsia. He tratado de hacer una, y con este propósito he recurrido á los orígenes oficiales. Gracias á M. Rillet, director de la Maternidad, y aprovecho esta ocasion para públicamente demostrarle mi agradecimiento, poseo un cuadro muy detallado de las cefalotripsias practicadas en dicho establecimiento durante un período de diez años, desde el 19 de Noviembre de 1851 hasta el 17 de Mayo de 1861. En mi Memoria agrupo los hechos por años, pero aquí no hablaré más que del resultado general.

De 60 operadas han sucumbido 17, ó sea un 28,3 por 100.

Lauth (de Strasbourg) ha reunido en su tesis 173 casos de esta naturaleza, cuyo resultado se conoce. Las defunciones son 30, ó sea un 28,9 por 100; resumen que concuerda de un modo muy notable con el observado en la Maternidad de Paris.

Guéniot, en su tesis de agregacion, da cuenta de 20 casos cu-



yos resultados son tambien conocidos ; la mortalidad asciende á nueve, ó sea ; un 45 por 100 !

Si reunimos estos tres datos hallamos un total de 253 casos que da 76 muertas, ó sea el ; 30,4 por 100 !

Pero esto no es todo ; una mujer de parto representa dos existencias, porque tambien hay que tener en cuenta la vida del niño, en cuyo caso la apreciación naturalmente no recae en 255 existencias, sino en 510. Como todos los niños son sacrificados, el número de muertos como consecuencia de esta operacion es el de 329, ó sea un ; 65 por 100 !

Muchas ilusiones se disipan y no pocas hipótesis se desmienten cuando vienen los números á sustituir á las afirmaciones teóricas.

No niego que se me puede objetar diciendo que en las estadísticas que acabo de exponer la mortalidad no depende exclusivamente de la operacion, y que en las epidemias de fiebres puerperales de la Maternidad gran número de mujeres acaso hayan sucumbido á la enfermedad con independencia completa de toda intervencion quirúrgica. Esto es efectivamente cierto, pero no lo es menos, que únicamente en los hospitales es donde pueden hacerse algo completas las estadísticas, y que la fiebre puerperal tambien complica las demas operaciones. Por lo tanto, en todas las estadísticas se observará esta agravacion morbosa, que no se puede eliminar sin que se imposibiliten las investigaciones de esta índole ; pues en las casas de Maternidad reina muy á menudo, ya grave, ya benigna, la fiebre puerperal.

Tambien puede objetarse diciendo que no todos los niños han sucumbido por la accion del instrumento, puesto que algunos murieron antes que se aplicara el cefalotribo. Esta objeccion no la pueden hacer sino los escasos prácticos que esperan la muerte del niño para operar: circunstancia que considero como un cargo de conciencia pueril y perjudicial para la madre, porque la expectacion en los casos graves es una conducta detestable, toda vez que las probabilidades de buen éxito disminuyen con la prolongacion de un parto laborioso. Pero en cuanto á los que ponen en accion los medios operatorios tan pronto como se lo ha demostrado la necesidad, entre cuyo número me cuento, no pueden apelar á la estadística mortuoria diciendo que el fallecimiento de algunos niños había sido anterior á la intervencion, pues evidentemente sólo una casualidad ha librado á éstos últimos de morir por el cefalotribo á poco que hubiera durado su existencia.

Con el propósito de igualar los términos de la comparacion, incluiré en la lista de los malos resultados del aparato de traccion las epidemias puerperales y la muerte de los fetos acontecida algunos dias antes, durante ó despues de la operacion, demostrando así que favorezco, y no poco, á la cefalotripsia, porque en las tracciones continuas, si bien la muerte del feto es frecuente,

no es segura, y hay la esperanza de poderlo salvar cuando la muerte no ha precedido á la operacion. Por lo tanto, al hacer el paralelo de estos dos procedimientos quirúrgicos, no me desentenderé de ninguna de las circunstancias desfavorables al ayuda forceps, aunque en rigor debiera hacerlo.

A 37 asciende el número de los casos en que se han practicado las tracciones enérgicas, manuales y mecánicas. Debemos á Depaul 7, que se hallan en la tesis de mi colega Bailly; me son personales 2, de las que he hablado antes; pertenecen á Chassany 10, y 15 á Berne (de Lyon). No enumeraremos más que los resultados, pues sus detalles pueden consultarse en las monografías de dichos autores.

Aunque Depaul no hizo uso de los aparatos mecánicos, sino de las tracciones manuales, sus observaciones tienen perfecta cabida en la clase que ahora estudiamos. Hé aquí el grado de estrechez que tenían las pelvis de las madres: 65, 75, 80, 75, 75, 82 y 65 milímetros. Como se ve, en todos estos casos está indicado el cefalotribo, si sólo practicamos con el forceps las tracciones ordinarias. Tanto es así, que no se pudo terminar la operacion sino con el auxilio de un ayudante, ejecutando ambos las tracciones acompañadas de movimientos de lateralidad. La fuerza que de este modo se desplegó fué la que representan 120 kilogramos, muy superior, como se ve, á la que yo necesito para dar iguales resultados con el ayuda forceps.

En los 7 casos, que representan 14 existencias, han sucumbido 2 madres, 3 niños han sobrevivido y 4 han muerto. El resultado es que de 14 vidas comprometidas sólo se han perdido 6, ó sea un 42,8 por 100. En mis dos casos ambas madres se salvaron, si bien los niños no tuvieron igual suerte. En las observaciones de Chassagny todas las madres y seis niños han sobrevivido, habiendo sucumbido 4 de estos últimos. De lo que se deduce, que de 20 existencias gravemente amenazadas, sólo 4 perecieron, ó sea una proporcion de 20 por 100 de mortalidad.

En los 18 casos de Berne, incluyendo dos mujeres que fallecieron de fiebre puerperal, sucumbieron 6 madres y 14 niños. La proporcion de defuncion para estas 36 existencias es la de un 38 por 100.

En resumen, si agrupamos estos 37 casos, que representan 74 vidas, dan una mortalidad de 32, cuya proporcion es la de un 43,2 por 100.

Si ahora comparamos este resultado con el del cefalotribo, que da un 65 por 100, vemos que las probabilidades de buen éxito en favor de las tracciones enérgicas están representadas por un 21,8 por 100.

Despues de esto, dejamos á los hombres imparciales y que juzgan sin pasion el que deduzcan las consecuencias. Si las observaciones de la última serie no son bastante numerosas para que puedan establecerse conclusiones definitivas, en cambio lo

ventajoso desus resultados merece el que se acoja favorablemente.

**Circunstancias que indican el empleo de las tracciones mecánicas.** Las tracciones mecánicas están indicadas siempre que el forceps es insuficiente; sin embargo, no debemos apelar á ellas en las estrecheces que no dejan al niño sino un espacio de 65 milímetros, en cuyo grado hay que recurrir al cefalotribo.

No queremos con esto decir que el ayuda-forceps termine siempre el parto cuando la deformidad se aproxime á ese extremo; porque puede coincidir una cabeza voluminosa ó muy adelantada su osificación con una mediana estrechez que no podrá franquear sino por medio de esfuerzos enormes, como igualmente puede suceder que una cabeza pequeña se extraiga fácilmente á traves de una estrechez de 65 milímetros. Así que, una vez que los datos que podemos obtener por el tacto digital no son tan exactos como fuera de desear, *debemos recurrir á las indicaciones que el dinamómetro nos suministra.* Ya hemos visto que la fuerza media necesaria para reducir 15 milímetros la cabeza del feto era de 45 á 60 ó 70 kilogramos, y aunque practicara la perforacion yo no pasaría de 75 á 80. Estas cifras son muy inferiores á las que dan las tracciones con el forceps hechas por dos personas, y, sin embargo, no titubearé un momento en recurrir á este último proceder cuando no tenga á mano mi ayuda-forceps.

Siempre que seamos llamados para examinar una estrechez pronunciada de la pelvis antes del término del embarazo, es preferible anticipar el parto á esperar que este llegue á su término normal, confiados en los aparatos de traccion. Yo considero estos aparatos como instrumentos de necesidad y no de eleccion.

El año pasado asistí á una señora jóven, que ya había sido operada en Lyon con el aparato de Chassagny. El niño había sucumbido, y tres partos anteriores exigieron una intervencion instrumental. En vista de esto, hice comprender á dicha señora lo peligroso que era para ella y su hijo exponerse á correr las graves eventualidades de los partos anteriores. Llamé á uno de mis colegas en consulta, y á pesar de la viva oposicion de la familia, provoqué el parto en el octavo mes con toda felicidad. La madre tuvo un puerperio excelente y el niño vive todavía.

En la expulsion por las nalgas complicada con detencion de la cabeza por encima del estrecho superior se aplica el instrumento sin el forceps colocando la cuerda sobre el cuello del niño.

**Resistencia de los tejidos maternos á la compresion.** Esta es una cuestion muy interesante, pero cuya solucion rigurosa de ningun modo es probable; porque aun teniendo en cuenta las predisposiciones individuales, hay que tener presente que el estado puerperal da al traumatismo una gravedad especial. Por consiguiente, no abrigo la menor intencion de resolver este problema, sino únicamente exponer algunas generalidades que lo aclaren.

Las lesiones que son de temer por la accion de las tracciones enérgicas, son la mortificacion de los tejidos y las consecuencias generales de ésta en el organismo materno. Sin embargo, la lesion local aparente no la considero necesaria, y es probable que cuando se fije la atencion en este punto, habiendo sobrevenido la muerte despues de las tracciones enérgicas, no se encuentre en la autopsia ningun traumatismo que pudiera ser el punto de partida del grave estado general que ha precedido á la muerte de la paciente. En estas circunstancias hay que conceder una gran parte á la predisposicion individual; pero es lo cierto que se ha producido un traumatismo local, cuyas huellas no se pueden seguir.

La mortificacion de los tejidos será tanto más temible, cuanto más limitado sea el punto donde se ejerza la compresion, porque entonces sus efectos son más enérgicos. Bajo este punto de vista parece estar más expuesto el ángulo sacro-vertebral, que forma una salida muy circunscrita, que la pared pubiana, que presenta á la compresion una extensa superficie; y, sin embargo, es notable que las lesiones de la madre se observan casi siempre hácia adelante, precisamente en los puntos que menos relacion tienen con el promontorio.

Para darnos cuenta de este fenómeno, hay que examinar primeramente las relaciones que la cabeza fetal tiene con la márgen de la pelvis, y despues el mecanismo de la mortificacion.

El ángulo sacro-vertebral forma un espolon, sobre el que se desliza la cabeza redonda del niño, que es rechazada á la derecha ó á la izquierda, esquivando de este modo el contacto directo. No sucede lo mismo respecto á la region pubiana, en donde el contacto es directo y permanente, porque la superficie relativamente plana que presenta la cara posterior del pubis hace inevitable la presion de la cabeza, que se detiene en este punto por bastante tiempo.

Hé aquí cómo se puede explicar racionalmente la mortificacion de los tejidos, que acontece despues de un parto laborioso.

Esta lesion es debida á la prolongacion del parto, y de ningun modo á los esfuerzos de traccion hechos con el forceps, á quien se ha querido hacer responsable de los desórdenes causados únicamente por aquella duracion.

Las compresiones medianas, pero sostenidas por varias horas (como sucede cuando la expectacion despues de la rotura de las membranas pasa los límites razonables), son mucho más peligrosas que una compresion violenta, pero rápida.

Cuando la cabeza fetal, impulsada por las contracciones uterinas, comprime las partes blandas que la separan de los huesos de la pelvis, si la compresion se prolonga por varias horas, disminuye primero la actividad de la circulacion y acaba, interrumpiéndola por completo, obliterando el calibre de los vasos; la vitalidad, que desde el principio estaba disminuida, se extingue rápidamente, y las probabilidades de la desorganizacion van

aumentando con la duracion del parto. Cuando una compresion prolongada cesa, la reaccion se podrá producir en la circunferencia del tejido alterado, pero las partes centrales quedan hechas de muerte.

Una fuerza mucho más enérgica que la contraccion de la matriz determina rápidamente la extraccion del niño; entonces la circulacion, que ha estado interrumpida por un tiempo relativamente muy corto, recobrará su actividad, y, por lo tanto, no habrá lugar á la mortificacion, á menos que se haya empleado una fuerza enorme y capaz de desmenuzar los tejidos.

Los resultados comunes de la mortificacion consecutiva á un parto laborioso son las fistulas urinarias. En este caso, la etiología es sencilla y evidente, sin que haya necesidad de buscar otra causa más que la compresion. Con este propósito he consultado á la experiencia de Jobert (de Lamballe), cuya especialidad en este punto le hace más apto que nadie para resolver la cuestion. Dicho señor ha tenido la bondad de comunicarme los resultados estadísticos de una Memoria inédita acerca de fistulas vésico-vaginales que comprende 150 casos. Su decidida opinion es que en estas observaciones las fistulas han sido *siempre* la consecuencia de un parto demasiado prolongado, y *nunca* de una aplicacion de forceps hecha en tiempo oportuno.

La práctica veterinaria hace uso de una fuerza muchísimo más considerable que la que nosotros utilizamos, y esto sin malas consecuencias.

Claudio Bernard ha demostrado la unidad fisiológica de los tejidos similares en la serie animal, haciendo ver que la mucosa ó el tejido celular de las hembras de los mamíferos domésticos de gran alzada gozan exactamente de las mismas propiedades que los de la mujer. Unicamente en los animales las lesiones anatómicas están exentas de las complicaciones morales, que demasiado á menudo constituyen el mayor peligro en el puerperio humano. El animal soporta pasivamente el dolor, pero está libre de toda conmocion nerviosa, lo mismo que del terror y de las mil aprensiones que torturan la imaginacion de la mujer que se encuentra en estado de distocia.

Los veterinarios más autorizados están de acuerdo respecto á la necesidad que hay de emplear fuerzas enormes. Esta es la opinion de Bouley, Raynal y Sanson. Rainard utiliza la cabria de un carruaje, que prefiere á los ayudantes, para dar más regularidad á las tracciones. Donarieix recurre ordinariamente á cinco ayudantes, que hace tirar de las cuerdas fijadas en el feto. Si algunas veces sucumbe la madre, no es cuando han sido los esfuerzos más enérgicos, sino cuando ha durado mucho el parto y los amos de la bestia han tardado en llamar al hombre de arte. Dietrich emplea como ayudantes la cabria, el torno ó la rueda de un carruaje. Lecomte se sirve del cabrestante, del torno de un coche, ó de suficiente número de hombres.



No puedo apreciar la fuerza que desarrolla un cabrestante, pero admitiendo que cada uno de los ayudantes que emplea Donarieix para tirar de las cuerdas no represente más que una fuerza de 50 kilogramos, dan un total de 250 kilos, que soportan las partes blandas de la bestia que está de parto, sin experimentar indispensablemente la mortificación. Compárese esta fuerza con la de 30 á 60 kilogramos que desarrolla el ayuda-forceps, y así se comprenderá lo poco perjudicial que es esta última.

Los límites exactos de la resistencia que á la compresion oponen los tejidos, están poco conocidos para que nos podamos apartar de las reglas que dicta la mayor circunspeccion. Los resultados obtenidos por los veterinarios no me harán salir de los límites que creo prudente respetar, hasta tanto que hechos más numerosos y bien observados me den más atrevimiento.

**Refutacion de algunas objeciones que se han hecho á los aparatos de traccion.** Lo primero con que tropieza en su camino un nuevo invento, es con una objecion. No hay que quejarse por esto; las innovaciones no pueden aceptarse sin examen; pero de ningun modo es conveniente el que se les haga una ciega oposicion. Se me ha dicho que las tracciones practicadas con el ayuda-forceps podían determinar fracturas en la pelvis. Con este motivo he tratado de conocer el grado de resistencia del anillo pelviano á las presiones excéntricas, he aumentado los obstáculos y la resistencia, haciendo soportar á la pelvis un esfuerzo de 288 kilogramos. Una sola vez produjo la rotura de la rama horizontal izquierda del pubis por cerca de la sínfisis. Con esta fuerza empleada, á menudo he logrado hacer franquear á fetos voluminosos estrecheces de 5 centímetros; las cabezas se prolongaban ó se aplastaban, pero las paredes de la pelvis permanecían intactas. Por lo tanto, las fracturas de ningun modo son de temer cuando se aplica el ayuda-forceps en condiciones prácticas.

Tambien se ha tachado á los aparatos de traccion de que no verificaban este movimiento en sentido del eje de los estrechos; esto podrá ser cierto tratándose del aparato de Chassagny, pero de ningun modo se puede aplicar el ayuda-forceps. La cuerda que se refleja sobre el borde inferior del punto de apoyo, dirige sus tracciones en la direccion del eje del estrecho inferior, con mucha más regularidad y exactitud que pudiera hacerlo la mano. El instrumento ademas no participa del cansancio ni de los errores de direccion que indispensablemente padece la accion muscular. Marcha sin apartarse del camino que se le traza hasta el punto que se desea, y una vez hecha la presa, es ya inútil dirigir los mangos del forceps, que naturalmente describen la curva que los conduce hasta ponerlos en contacto con la cánula.

Tampoco puede decirse, sin faltar á la verdad, que el ayuda-forceps es la representacion de una fuerza ciega; porque el di-

namómetro que lleva este aparato permite regular y conocer la potencia empleada con una precision de que en absoluto carecen las tracciones manuales. Igualmente se puede apreciar con una delicadeza y exactitud que la mano siempre desconoce, la disminucion de las resistencias. Empleando el instrumento, tampoco hay que temer esos bruscos deslizamientos del forceps, que han determinado no pocas veces la caída al suelo del profesor que tiraba violentamente. Estos accidentes son imposibles empleando el ayuda-forceps. Además, sean las que fueren las causas que disminuyen la resistencia, la traccion hecha con este aparato se efectúa siempre sin sacudidas, el cambio de lugar del instrumento ó del feto está perfectamente regularizado por el motor, y ni uno ni otro avanzarán un milímetro si cesamos de dar vuelta al tornillo.

## RESUMEN.

### Empleo de la fuerza en obstetricia.

La excesiva timidez para el empleo de la fuerza en obstetricia es tan peligrosa como el exceso de energía de una fuerza enorme. Las repugnancias individuales que se han manifestado hacia el empleo de la fuerza, más bien han sido dictadas por el instinto que apoyadas en sólidos razonamientos. — Existen dos límites de reductibilidad de la cabeza fetal; el uno absoluto, que puede fijarse en cinco centímetros sin producir fractura de los huesos, y que no podemos obtener sino mediante una fuerza enorme que debemos desterrar de la práctica, y el otro compatible con la persistencia de la vida fetal, y que no debe pasar de 15 milímetros. — Esta reduccion se obtiene con el ayuda-forceps con un gasto de fuerza, marcado por el dinamómetro, que asciende desde 35 á 54 kilogramos. — La cabeza del feto mide próximamente nueve centímetros en su diámetro bi-parietal; podemos, por lo tanto, confiar extraer al niño vivo por este proceder en las estrecheces de 75 milímetros. — A este resultado no se puede llegar aplicando el forceps solo, á no ser que sean dos los que ejecuten la traccion, en cuyo caso representan una fuerza de 120 kilogramos. — La fuerza manual de un hombre solo que tira á pulso es de 45 kilogramos, — con un punto de apoyo para los pies al nivel del suelo, 60, — y con el mismo á la altura del forceps, de 90 kilos. — Las tracciones progresivas, lentas y continuadas, hechas con el ayuda-forceps hasta un grado que no determinen lesiones en la madre, pueden vencer los obstáculos que una fuerza manual no logró dominar. — En los casos que la fuerza desarrollada por dos hombres es bastante enérgica para encajar la cabeza del feto en una estrechez dada, el ayuda-forceps produce iguales resultados con una fuerza mucho menor. — Residiendo el peligro en las compresiones, el ayuda-forceps, que no

necesita tanta fuerza para determinar iguales resultados, disminuye la accion compresiva á la par que las consecuencias de ésta. El esfuerzo muscular es esencialmente transitorio, estando constituido por una serie de sacudidas bruscas, cuya intensidad varía entre 20 y 60 kilógramos en el espacio de dos minutos. — El máximo de su accion es al principio, completamente al revés de lo que sucede con el ayuda-forceps, cuya accion es progresivamente creciente. — Los fenómenos del encaje, por efecto de las tracciones mecánicas, son iguales á los que el parto natural produce; el parietal situado más posteriormente es el primero que se encaja ó desciende. — Conforme se van acortando los diámetros horizontales, crece el diámetro vertical de la cabeza. El cabalgamiento de los parietales desaparece al mismo tiempo que los pliegues de la piel del cráneo. — Cuando en estas circunstancias se renuncia al forceps, hay que recurrir al cefalotribo. — La mortalidad que produce esta operacion es la de un 65 por 100. — El total de defunciones consecutivas á las tracciones enérgicas manuales ó mecánicas se reduce á un 43 por 100. — Por lo tanto, la diferencia en favor de la última operacion es la de un 22 por 100. — El ayuda-forceps está indicado siempre que el forceps aplicado por un solo hombre no puede vencer el obstáculo determinado por una estrechez. — No se le debe emplear cuando la estrechez mida menos de 65 milímetros. — Tampoco debemos pasar de una fuerza equivalente á 70 kilógramos. — La perforacion del cráneo aumenta la esfera de accion del instrumento. — La detencion de la cabeza, prolongada por varias horas, puede ocasionar la mortificacion de los tejidos de la madre, aunque la compresion sea moderada. — Una enérgica pero pasajera compresion es mucho menos perjudicial, siempre que su accion no llegue á dislacerar por completo los tejidos. — La compresion es tanto menos peligrosa cuanto más extensa es la superficie donde se ejerce. — Los veterinarios emplean enormes potencias, sin que de ello resulten necesariamente accidentes para el animal. En mis experimentos he tenido que hacer sufrir á la pelvis una presion excéntrica de 288 kilógramos para poder determinar su rotura.

### DE LA PALANCA (1):

La palanca es un instrumento del que en nuestros dias no se hace uso, porque realmente ya no tiene razon de ser. Es evidente que el forceps, que toma dos puntos de apoyo en la cabeza del feto, es infinitamente superior como agente de traccion á la palanca, que no toma más que uno.

---

(1) Se ignora el origen de este instrumento, posterior al forceps, y segun algunos, inventado igualmente por los hermanos Chamberlen. Se hizo célebre en Holanda en manos de Roonhuysen y otros. Consistía al principio en una lámina de acero, de diez pulgadas de largo y dos de ancho; recta en su parte media, en la longitud de

Dicho último instrumento podría utilizarse para rectificar la posicion de la cabeza en las presentaciones inclinadas de vértice ó para determinar en la excavacion el movimiento de rotacion si éste se hace esperar mucho.

Pero para llenar estas indicaciones es completamente innecesario un instrumento especial, cuando se puede conseguir el mismo objeto empleando una de las ramas del forceps.

Se aplicará la cuchara sobre la parte que se quiere mover; una de las manos se colocará al nivel de la articulacion constituyendo el punto de apoyo, y la otra en la extremidad libre de la rama.

En la actualidad algunos han querido rehabilitar la palanca. Pero aun admitiendo que hayan encontrado en su uso todas las ventajas que indican, eso tan sólo probará que se han dedicado especialmente á su estudio, adquiriendo con su manejo una habilidad especial que no pueden transmitir por la descripcion sola á los prácticos que rara vez tienen que valerse de los instrumentos. Acaso hubieran obtenido éxito más lisonjero si en beneficio de sus enfermas hubieran ejercitado su talento y habilidad en el manejo del forceps.

## EMBRIOTOMÍA.

Como todas las cuestiones que se rozan ó relacionan con la idea religiosa, la embriotomía practicada en el niño vivo ha sido discutida con mucha pasion. Sus adversarios, hoy poco numerosos, han invocado, para rechazarla, á la religion, á la moral y á la legalidad, prefiriendo en los casos de necesidad la operacion cesárea, con objeto de salvar ante todo la vida del niño.

No quiero discutir la cuestion bajo este triple punto de vista. Cuando se trata de un caso de conciencia, no hay transacion posible, y los argumentos tienen pocas probabilidades de ser escuchados. Sin embargo, voy á demostrar que los motivos en que fundan su oposicion están muy lejos de tener el valor que se les atribuye.

1.º Bajo el punto de vista de la religion y de la moral se han apoyado en la opinion de los casuistas. Es verdad que los hay hostiles á la embriotomía practicada en el niño vivo, pero están lejos de tener unanimidad acerca de este asunto, y Rousseau-Pommeret cita las opiniones de San Alfonso de Liguori, Tomás

---

tres pulgadas, y ligeramente encorvada en sus extremos, disposicion que permitía compararla con un yugo. Con objeto de hacerla menos escurridiza, se cubrían sus concavidades mediante una capa de emplastro diapalma y se cosía por encima una piel de perro delgada y suave. La que actualmente se emplea es parecida á una rama de un forceps pequeño sin concavidad en los bordes de la cuchara, pero sí en una de las caras. El mango de la cuchara se prolonga y adelgaza para continuarse con una empuñadura de madera que sigue la direccion del instrumento ó se invierte ligeramente hácia el lado opuesto á la concavidad de la cuchara. — (N. de los T.)

Sanchez, Gousset, Silvestre de Prierio, Bartolomé Fumos, Lopez y San Antonino, que son de otro parecer. Los más severos creen que en este punto hay que referirse por completo á la opinion del hombre científico.

El práctico busca los motivos de sus determinaciones en otro orden de ideas, y las fórmulas generales, extracientíficas, á pesar de su respetable caracter, desaparecen ante las indicaciones que surgen de cada caso particular. En presencia de las distintas opiniones de los casuistas, el médico queda dueño de elegir la operacion que más confianza le merezca.

2.º Bajo el punto de vista legal, el hombre de arte no depende más que de su conciencia y de la ciencia, pero de ningun modo le podrá la justicia en este caso pedir cuenta de su conducta, á menos que no tenga que acusarle de una gran torpeza ó de una impericia evidente, en cuyo caso incurre en la responsabilidad del derecho comun. Tampoco se podrá justificar ante la la opinion pública, si ha practicado la operacion sin manifiesta necesidad y prescindiendo del consejo de otros compañeros. Esta última circunstancia sería de lamentar, porque cuando se trata de decidir acerca de una operacion en que muere el feto, debe el práctico, siempre que pueda, poner á cubierto su responsabilidad moral rodeándose de profesores ilustrados.

Los partidarios de la embriotomía practicada en el niño vivo aducen por su parte en favor de la operacion el interes social. Prefieren sacrificar un niño, cuya existencia es precaria y su porvenir muy incierto, á que muera la madre, que es más digna de vivir por la mayor importancia que tiene para la familia, y por los servicios que puede prestar á la sociedad.

De esta opinion participan la inmensa mayoría de los prácticos, habiendo quedado por esto la operacion cesárea reservada para los casos en que la embriotomía hace correr á la madre peligros mayores que la histerotomotocia. Sin embargo, es conveniente que este principio no se erija en ley absoluta: cuando las probabilidades sean iguales, bueno será que se prefiera salvar á la madre; pero pueden sobrevenir circunstancias que inclinen la balanza al otro lado, ó que sean manantial ú origen de graves perplejidades.

La primera causa de incertidumbre resulta de las dimensiones de la pelvis. Algunos autores aconsejan la cefalotripsia en las estrecheces inferiores á 6 centímetros, otros la admiten á los 5. Pajot declara que puede hacerse por medio de su proceder en acortamiento de 27 milímetros. A todo esto añadiré yo que no es posible medir con exactitud el diámetro estrechado. Hé aquí, pues, una primera causa de duda, porque los peligros de la operacion aumentan con el grado de estrechez, y se corre en ocasiones el riesgo de sacrificar con certeza á la madre y á su hijo.

El período del parto tiene tambien influencia en la determinacion que hemos de tomar, pues la salida completa del líquido



amniótico y la retraccion del útero, que no son obstáculos á la embriotomía, hacen menos practicable la operacion cesárea.

Cuando la madre padece una afeccion necesariamente mortal, como el cancer, la tisis, ó se halla en medio de un foco de epidemia puerperal y el niño está aún vivo, deberemos preferir la operacion cesárea á la aplicacion del cefalotribo (1).

Ya hemos visto que la proporcion general de mortalidad consecutiva á la cefalotripsia ascendía á un 65 por 100. Los hechos que consignan dichas estadísticas pertenecen á profesores habituados á las graves operaciones que exige la práctica de la obstetricia, teniendo á su disposicion los instrumentos necesarios y más propios para alcanzar un buen resultado. Este naturalmente sería más funesto en manos de algunos médicos de partido que carecen de instrumentos especiales y no tienen acerca de las operaciones difíciles, que quizá jamas han visto practicar, otras noticias sino las descripciones que se encuentran en los tratados de partos. Dadas estas circunstancias, opino porque den la preferencia á la operacion cesárea, que si bien en Paris tiene constantemente mal éxito, no sucede lo mismo en el campo, aun hecha por manos poco experimentadas,

Existe, por lo tanto, la necesidad de tener en cuenta, antes de tomar ninguna determinacion, el punto donde se opera y los recursos de que podemos disponer.

En cuanto á la práctica en las grandes ciudades, donde no faltan ni hombres hábiles ni instrumentos convenientes, creo que se puede designar como límite extremo inferior para la embriotomía, una estrechez de 5 ó 4 centímetros.

La embriotomía en general comprende varias operaciones; unas se practican en la cabeza del feto, y son la craneotomía ó perforacion del cráneo, la cefalotripsia y la cefalotomía: otra sobre el cuello, decapitacion, decolacion ó detroncacion, y otras sobre el tronco, llamadas embriotomía propiamente dicha y evisceracion.

---

(1) Como pueden comprender nuestros lectores, habrá que proceder con gran prudencia antes de tomar tan grave determinacion. Es verdad que se ha adelantado mucho en los medios de investigacion de las enfermedades; pero no es menos cierto que, á pesar de tantos y tan buenos descubrimientos, todavía se cometen trascendentales errores de diagnóstico; por consiguiente, si fuéramos del todo partidarios de M. Joulin en esta ocasion, ampliaríamos su precepto diciendo «que el cancer haya producido ya la caquexia y que la tisis se encuentre afectando los dos pulmones, y presentando los sintomas evidentes del ultimo período.» Respecto á practicar la operacion cesárea cuando existe la fiebre puerperal, nos parece menos indicado todavía, porque la operada no ha de experimentar de un modo fatal ó necesario el contagio de la enfermedad, y las indicaciones científicas no deben fundarse en eventualidades ni contingencias futuras. Si una mujer presentara una pelvis de la capacidad normal, y tuviera que dar paso á la cabeza de un feto algo más voluminoso que lo correspondiente al conducto que ha de recorrer, y existiera al mismo tiempo en el hospital ó en la poblacion la fiebre de que hemos hablado, ¿practicaríamos la histerotomotocia? Por nuestra parte nos guardaríamos muy bien de hacerlo.

## PERFORACION DEL CRÁNEO.

El objeto de la perforacion del cráneo es evacuar la materia cerebral practicando una abertura suficiente en un punto de dicha caja ósea. Por este proceder se puede determinar en ocasiones una notable reduccion de la cabeza que permita su extraccion, lo que era imposible cuando estaba intacta.

Se han inventado gran número de perforadores ; pero en rigor la punta de un bisturí resistente, cuya hoja se haya cubierto con un vendote, la extremidad aguda en que termina una de las ramas del forceps, ú otro cualquier instrumento punzante, puede llenar esta indicacion (1). Sin embargo, es preferible á todo esto el perforador de Blot, que remplaza ventajosamente á las tijeras de Smellie.

El instrumento de Blot (fig. 116) se compone de dos hojas lanceoladas, que se cubren mutuamente y cuyos bordes externos son romos. Una cresta situada en la extremidad de la cara externa de cada hoja da á la punta de ambas una forma cuadrilátera.

Cuando hemos hecho penetrar en el cráneo al perforador, se apartan sus hojas para ensanchar la abertura ó para desmenuzar la sustancia cerebral, oprimiendo la rama que forma la palanca. Cuando cesa la presion se cierran las hojas á beneficio de un resorte.

El procedimiento operatorio es muy sencillo. Si la cabeza está movable, se la fija en el estrecho superior por una presion sostenida sobre las paredes abdominales, y si esto no basta, se la sujeta y sostiene en posicion con el forceps. Hay que reconocer con los dedos de la mano izquierda el punto del cráneo que se ha de perforar.

Vale más penetrar á traves de un hueso que por una comisura ó una fontanela, porque hay menos exposicion á que se oblitere la abertura. Para evitar que el instrumento deslice sobre la cabeza del niño, hay que proximarse cuanto sea posible á la sín-

(1) Chailly-Honoré da el consejo de no emplear nunca instrumentos de uso comun para ejecutar estas operaciones ; porque siendo con tanta frecuencia el resultado desfavorable, el vulgo critica al profesor por haberlos empleado, censura que no hace cuando el práctico se sirve de los instrumentos que la cirugía designa.

No es solamente el vulgo el que puede criticar al profesor ; pues, segun parece, los tribunales de justicia cuentan en su seno individuos dispuestos siempre á hacer incurrir en responsabilidad á los hombres de nuestra ciencia. Calculen los lectores con qué buena voluntad sublevaría los sentimientos del auditorio un abogado que pintara con vivos colores la imagen de un médico armado de un cuchillo con el que desmenuzaba á un-feto el cerebro ¡el cerebro ! *¡asiento de las más nobles facultades ! ¡de los más elevados sentimientos ! ¡albergue del alma ! etc., etc., etc.*

No se olvide, pues, el consejo del prudente Chailly, tanto para no comprometer-nos, como para no dar esta clase de satisfacciones á ciertas individualidades que manchan con su proceder la noble facultad de la jurisprudencia.

fisis pubiana. Reconocida que sea la parte y punto que hemos de perforar, conduciremos allí el instrumento, haciéndole seguir el camino que los dedos de la mano izquierda le trazan é impiden que pierda. Una vez en posicion, se le comunicarán algunos movimientos rotatorios para facilitar la perforacion del hueso: la sensacion de una resistencia vencida indica que la punta ha penetrado; entonces se oprime la rama-palanca para agrandar la abertura; despues se hace ascender al instrumento para que llegue á la sustancia cerebral, que se desmenuza en todas direcciones, no sólo con el objeto de que ésta salga con facilidad, sino para evitar el lamentable espectáculo, varias veces observado, de ver nacer vivo al feto despues de la simple perforacion. Despues se deja de oprimir la rama-palanca para que se cierre el instrumento, sacándolo en seguida.

Se ha querido completar la operacion inyectando agua en el cráneo para diluir el encéfalo. Esta precaucion es completamente inútil, pues la presion que ejerce el forceps ó el cefalotribo es la suficiente para expulsar la pulpa cerebral.

En las presentaciones de cara se introducirá el instrumento á traves de la órbita ó de la bóveda palatina. En las presentaciones de nalgas, cuando la cabeza queda retenida por encima del obstáculo, se penetrará en ella por el occipital ó á traves de la base del cráneo.

Una vez practicada la perforacion, se ha aconsejado que se espere un poco á ver si la expulsion se puede efectuar por los solos esfuerzos del útero. Este consejo creo no lo debemos seguir de ningun modo. No me cansaré nunca de repetir que la prolongacion del parto, especialmente en estas circunstancias, disminuye las probabilidades de salvar á la madre. Ademas, como hasta que se ha reconocido la impotencia del forceps no nos decidimos á practicar esta operacion, hay que temer que la mujer agote estérilmente sus fuerzas, y como el niño está muerto, no debemos prolongar más este estado. Es preciso, pues, sin dilacion alguna aplicar el forceps, y en caso de necesidad el cefalotribo.

#### CEFALOTRIPSIA.

La perforacion del cráneo no siempre es suficiente para que se pueda extraer la cabeza fetal en las estrecheces muy gradua-



Figura 116.

Perfora-cráneos de Blot.

A. Hojas del instrumento. — B. Articulacion. — C. Resorte que mantiene cerradas las ramas. — D. Palanca sobre la que se aprieta para que se separen las hojas.

das ; hay , por lo tanto , que acortar sus diámetros por quebrantamiento (1).

Con este objeto inventó en 1827 Baudelocque (sobrino) el cefalotribo. Este instrumento, muy imperfecto primeramente, se ha

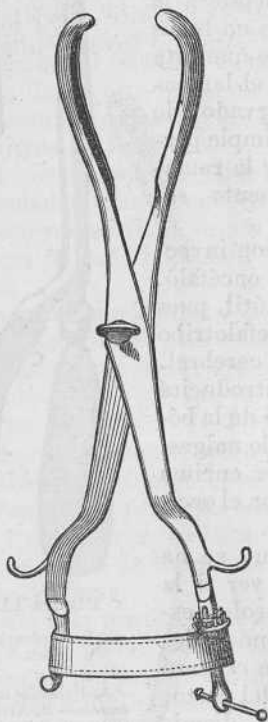


Figura 117.—Cefalotribo de Chailly.

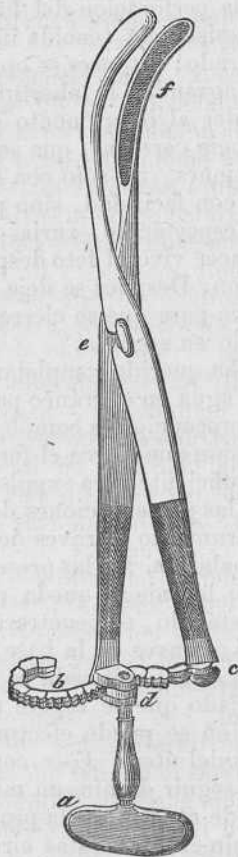


Figura 118.—Cefalotribo de Depaul.

(1) Como se ve, la cefalotripsia es una operacion que está indicada cuando no se puede extraer la cabeza del feto con el forceps, ni aun ayudado por los aparatos ni por la excerebración previa. En los casos de estrechez de la pelvis ó de enclavamiento de la cabeza, el obstáculo reside casi siempre en la base del cráneo (al contrario que el hidrocéfalo), por lo cual suele ser ineficaz la craneotomía y hay que recurrir inmediatamente al cefalotribo, que aplasta los diámetros horizontales de la cabeza.

En los casos en que las dificultades para la extracción de ésta dependan de su enclavamiento por dirección viciosa, presta, en nuestro concepto, mejores servicios la aplicación del gancho agudo, convenientemente manejado. No creemos necesario advertir que no se empleará este último instrumento ni el cefalotribo sino después de haber evacuado la masa encefálica, mediante la craneotomía. — (N. de los T.)

modificado de diversos modos en Francia y fuera de ella; pero á pesar de cuantos perfeccionamientos le han hecho, el cefalotribo es hoy todavía muy peligroso, como lo prueban las estadísticas que he dado, que arrojan una mortalidad de un 65 por 100. Por consiguiente, sería de desear que se descubriera otro medio que redujera ó dividiera la cabeza del feto con menos desventajas.

Cazeaux, á las ramas primitivamente rectas del cefalotribo de Baudelocque, les dió una corvadura segun los bordes, análoga á la del forceps, cuya modificacion les permite coger la cabeza por encima del estrecho superior. Además inventó una ensambladura especial, que facilita la aproximacion de la extremidad de las cucharas, sin exigir una curva muy manifiesta de las caras. También de este modo hay menos exposicion á que se escurra la cabeza.

Chailly ha reemplazado el incómodo manubrio que hacía cerrar al instrumento con una pequeña cabria colocada en la extremidad de una de las ramas, y en la que se arrolla una correa que afirma ó asegura su aproximacion. Además ha dado á los bordes una corvadura más notable, y dispuesto las cucharas de modo que se encajen la una en la otra por la extremidad.

Depaul, con el mismo objeto, ha hecho terminar las cucharas en una especie de uña que se encorva hácia adentro. También ha puesto en lugar de la correa que usa Chailly una cadena articulada, que pone igualmente en movimiento una especie de cabria. Por sólida que sea esta nueva sustitucion, la he visto romperse, y por eso prefiero el sistema de Blot. Este consiste en un tornillo largo que atraviesa el extremo de los mangos, los cuales se aproximan por una tuerca de volante que corre á lo largo del tornillo, cuyo mecanismo es fácil, y la accion rápida y enérgica.

Valette (de Lyon) ha construido un cefalotribo basado en el principio del forceps de Thenance, es decir, que se articula sin que se crucen los mangos. Las ramas se aprietan por una espe-

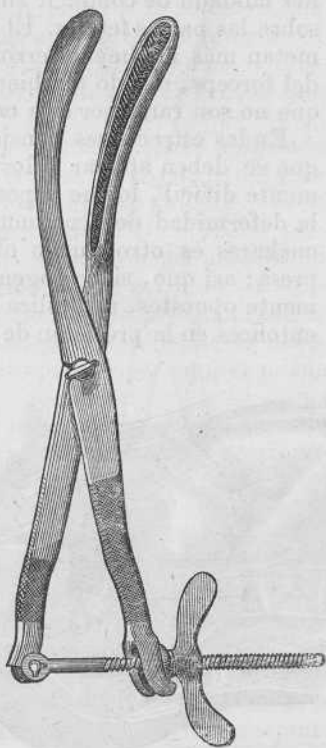


Figura 119.—Cefalotribo de Blot.



cie de torno movable que se coloca en su parte media. Un perfora-cráneos curvo, con caramallera, se fija en el torno y avanza mediante un manubrio.

El perfora-cráneos, en razon á su corvadura, sigue la direccion de las cucharas y no puede desviarse.

Antes de aplicar el cefalotribo debemos recurrir al perforador, porque de este modo se obtiene una reduccion más completa del craneo, y ademas hay que temer menos la rotura de los tegumentos, que pueden dar paso á las esquirlas.

La forma del cefalotribo es análoga á la del forceps, y las reglas para su aplicacion son las mismas; únicamente hay que tener cuidado de conducir sus cucharas todo lo más arriba posible sobre las partes fetales. El peso del instrumento hace que se cometan más fácilmente errores de direccion que cuando se trata del forceps, siendo tambien más de temer las lesiones maternas, que no son raras por esta causa.

En las estrecheces considerables, la colocacion de las ramas, que se deben aplicar á los lados de la pelvis, es á veces sumamente difícil, lo que depende de la elevacion de la cabeza y de la deformidad del conducto pelviano. La poca anchura de las cucharas es otro nuevo obstáculo para que hagan una sólida presa; así que, si no cogen la cabeza por dos puntos diametralmente opuestos, se desliza y escapa del instrumento, viéndonos entonces en la precision de retirarlo y aplicarlo nuevamente.

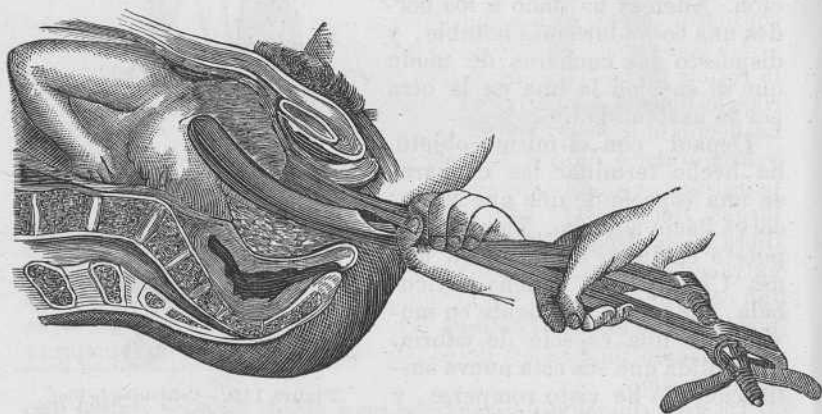


Figura 120. — Cefalotripsia.

A los primeros esfuerzos de compresion se nota si está bien ó mal cogida la extremidad cefálica del feto. La movilidad de la presentacion es otra circunstancia que dificulta el que se agarre bien la cabeza de la criatura, porque generalmente el cefalotribo se aplica por encima del estrecho superior. Ya sabemos que la

movilidad de la presentacion se remedia á beneficio de presiones externas sobre el abdomen.

El punto importante consiste en aplastar la base del cráneo cuyos diámetros son irreducibles, pues sin esto sería completamente inútil el fracturar los parietales, porque el obstáculo que la base presenta haría inútil la operacion. Para llenar esta indicacion se introducirán las ramas de la cavidad uterina tan arriba como sea posible, de modo que su articulacion esté cerca de la vulva. Rara vez se fractura el cráneo á la primera vez; hay casi siempre necesidad de repetir las tentativas. Tambien se recomienda el que se de al cefalotribo una direccion lo más aproximada posible á uno de los diámetros oblicuos, y de que se le comunique, antes de sacarlo, un movimiento de rotacion que cambie el sitio de la cabeza, y la dé una direccion nueva. Si para hacer esto encontramos resistencia, la elevaremos, y despues trataremos de comunicarle el movimiento en el sentido que más fácil nos sea.

Esta maniobra tiene por objeto aproximar la parte aplastada al punto más estrecho de la pelvis y colocar las regiones del cráneo, todavía voluminosas, en relacion con el instrumento cuando nuevamente se lo introduce; pero es poco practicable en las pelvis muy estrechas porque las cucharas se mueven en un espacio demasiado reducido para que el movimiento de rotacion sea suficientemente extenso, y en estas circunstancias precisamente es en las que sería de verdadera utilidad, porque en ellas es necesario un aplastamiento lo más completo posible para que se pueda conseguir la extraccion del feto.

La compresion mecánica debe ser lenta y gradual para evitar la rotura de la piel, por la que saldrían esquirlas que ocasionarían lesiones á las partes maternas. Así, es prudente, cuando se ha hecho el aplastamiento de la cabeza, retirar el instrumento y asegurarnos de que los fragmentos óseos no forman relieves peligrosos, en cuyo caso se los extrae por medio de unas pinzas largas, dentadas, y sólo despues de haber quitado cuanto pudiera herir el conducto útero-vaginal, es cuando trataremos de extraer la cabeza. Es sumamente difícil hacer una exploracion tan completa que nos deje tranquilos respecto de este punto, y, por más que se diga, es muy probable que en no pocos casos, la terminacion funesta sea debida al natural resultado de semejante traumatismo.

La aproximacion de la extremidad de los mangos indica que el instrumento ha reducido suficientemente la parte sobre que se opera.

El cefalotribo es un aparato que tiene muy buenas condiciones para verificar el aplastamiento, pero es muy defectuoso como instrumento de traccion. Las cucharas se aplican á los lados de la pelvis; la region que comprimen con violencia está dispuesta de modo que no experimenta ninguna reduccion y presenta su

mayor diámetro en una direccion de delante á atras, precisamente en el mismo sentido de la estrechez. De aquí resulta que en las deformidades muy marcadas de la pelvis hay grandes dificultades para encajar esas partes irreducibles. Agreguemos á esto que en razon al peso del instrumento se le maneja mucho peor que el forceps.

Me parece, pues, preferible, como aconseja Jacquemier, una vez hecho el aplastamiento completo, abstenernos de toda traccion y confiar, á menos de contraindicaciones especiales, la expulsion del feto á los esfuerzos de la naturaleza. La cabeza, ya flexible y maleable, se acomoda á la forma de la estrechez mejor que cuando tiramos de ella violentamente con el cefalotribo.

Bertin ha propuesto que se hagan con el cefalotribo tracciones moderadas, y que cuando se vea que no cede la cabeza, se recurra á la version. El consejo no es malo y se puede practicar con éxito en las estrecheces que tengan por lo menos cinco centímetros; pero cuando midan menos, la extraccion del tronco podría ser sumamente difícil. En mis experimentos con la pelvis artificial no he traspasado ese límite, y en ocasiones he tenido que emplear una fuerza muy enérgica para extraer el cuerpo del niño, y eso que el tronco del feto es naturalmente menos resistente que la extremidad cefálica, es más flexible y se amolda mejor á las irregularidades de la pelvis.

La resistencia determinada por la detencion del tronco en una estrechez inferior á cuatro centímetros, exigirá una nueva aplicacion de la cefalotripsia para reducir, en cuanto sea posible, los diámetros torácicos y abdominales. Esta nueva operacion es más penosa todavía que la que se practica en la cabeza, porque la mano conductora de las cucharas no costea una superficie dura y resistente, y porque la presencia de la cabeza desmenuzada dificulta su accion y la del instrumento; complicaciones que aumentan los peligros de la cefalotripsia practicada en las estrecheces extremas.

Pajot ha descrito en estos últimos tiempos, con el nombre de *cefalotripsia repetida sin tracciones*, un procedimiento que ejecuta principalmente en las estrecheces más graduadas. Practica aplastamientos sucesivos separados por intervalos de dos, tres ó cuatro horas, segun el estado general de la mujer. Hasta ahora no ha empleado más que cuatro sesiones, y la cabeza, aplastada tan completamente como ha sido posible, ha quedado abandonada á los esfuerzos exclusivos de la naturaleza. Le preocupa poco el movimiento de rotacion que se comunica al instrumento con objeto de sustituir al hacer una nueva aplicacion de éste las partes del cráneo intactas todavía; porque la experiencia le ha enseñado que este movimiento de sustitucion tiene lugar naturalmente á beneficio de las contracciones uterinas. Dicho autor rechaza principalmente la práctica de las tracciones. Los hechos que sirven de base á su Memoria son en número de siete, y las

pelvis de las operadas presentaban los diámetros siguientes : 60, 50, 60, 60, 50, 60 y 36 milímetros.

Dos mujeres sucumbieron, y agregando á este número el de los fetos sacrificados, dan un total de nueve, ó sea un 64 por 100 de mortalidad (1). Esta cifra parece estar muy en relacion con la observada por mí en la práctica general, pero en realidad es más favorable en razon á que las malas consecuencias de la cefalotripsia aumentan en proporcion considerable cuanto más acentuada es la estrechez. Así, cuando la estrechez es superior á 6  $\frac{1}{2}$  centímetros, la mortalidad en la mujer es próximamente de 29 por 100, mientras que pasa de 47 por 100 en las estrecheces extremas. Por lo tanto, refiriéndose las observaciones de Pajot á pelvis muy deformes, merece su método que se observe y experimente con gran atencion. Si los hechos, hoy por hoy, no son bastante numerosos para que pueda darse sobre el particular una opinion definitiva, son por lo menos lo suficiente notables para que se prefiera el método sin tracciones al que se adopta generalmente.

Los ingleses no aceptan el cefalotribo frances, cuyo volumen les espanta, pero en cambio á veces recurren á instrumentos análogos que son mucho menos útiles porque son mucho más imperfectos. Una de sus ramas se aplica á un lado del cráneo y la otra penetra en el interior de éste por la abertura previamente practicada con el perforador.

La invencion de estos instrumentos es completamente francesa, y todos traen su origen de la tenacilla con conductor, de Mesnard. Haighton, Conquest, Davis, Holme, Zeiler, y, por último, Simpson, los han modificado, siendo su más importante mejora el que su articulacion permite que puedan introducirse separadamente sus ramas.

El craneoclasta de Simpson es el menos imperfecto de estos instrumentos. La rama del clavillo es maciza y dentada por su cara interna. Se introduce en el cráneo por la abertura practicada por el perforador. La rama hembra, ojalada, está provista interiormente de una serie de ranuras, en donde engranan los dentellones de su compañera, recientemente descrita. El quebrantamiento de los huesos que coge esta pinza se verifica muy bien, solamente que siendo su accion puramente local, hay que aplicar el instrumento á varios puntos de la caja craneal para reducir ésta cuando sea posible. Para que pueda llenar este fin, se han tenido que doblar un poquito las ramas del mencionado

---

(1) Sucumbiendo los fetos en todas las operaciones de craneotomía y cefalotripsia, ya sabemos que es un 100 por 100 de mortalidad. Lo que interesa saber es si el procedimiento de Pajot tiene ventajas para la madre, lo cual parece resolverse en sentido favorable, pues de siete operadas se han salvado cinco. Por consiguiente, hacer entrar en cuenta en este lugar el factor comun á todas las operaciones cruentas, es impropio del que quiere hacer ver las ventajas ó inconvenientes de un procedimiento determinado. — (N. de los T.)

instrumento, sin cuyo requisito no se podría aplicar á las regiones en relacion inmediata con las partes anteriores de la pelvis. De aquí resulta que el craneoclasta es insuficiente cuando la cabeza está situada por encima del estrecho superior, porque no puede alcanzar la base del cráneo, que es la que importa aplastar.

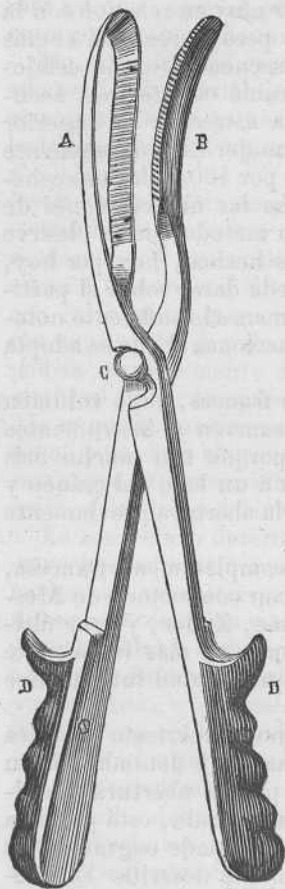


Figura 121.

Craneoclasta de Simpson.

En resumen, el instrumento inventado por Simpson no puede reemplazar al cefalotribo, pero sí completar muy bien la acción de éste. Como el cefalotribo está mal dispuesto para ejecutar la tracción, deja escapar con mucha facilidad la cabeza aplastada en las pelvis estrechas, por lo que puede sustituirle en este momento el craneoclasta, que es un excelente instrumento de tracción, porque agarra con mucha solidez. Debemos, por lo tanto, emplearlo después de la cefalotripsia, cuando alguna circunstancia particular se opone á que abandonemos la expulsión del feto á los esfuerzos uterinos.

**Ganchos.** Los procedimientos de intervención de la práctica inglesa difieren mucho de los nuestros en las cuestiones que ahora estudiamos. Nuestros vecinos usan poco el cefalotribo frances, y en cambio recurren á los ganchos inmediatamente después que han perforado el cráneo. En Francia consideramos al gancho como sumamente peligroso, y no por falta de motivo, porque su punta, ya porque se desliza sobre los huesos del cráneo, ya porque los divide bruscamente, desgarrá algunas veces las partes blandas de la madre; pues teniendo que practicar traccio-

nes bastante enérgicas con este instrumento, es casi imposible detenerle en el acto de un escape repentino. Así que, aun cuando se lo introduzca guiado por la mano, con todas las precauciones que la prudencia aconseja, y se tenga cuidado de fijarlo en las partes más resistentes y menos á propósito para que se escurra, como las apófisis mastoides ó la base del occipital cerca del cuello, se deben siempre temer por la madre las heridas que causa cuando pierde su buena dirección.



Debemos, pues, desecharlo cuando contemos con instrumentos más perfectos. Sin embargo, y no me cansaré de repetirlo, no sólo hay que tener en cuenta al práctico de las grandes ciudades, que puede con facilidad hallar lo que no tiene en su arsenal quirúrgico, sino también al médico de partido, que las más veces no posee más que el forceps y el gancho, en que termina una de las ramas de éste. Dicho profesor se hallará en la precisión, principalmente si ha muerto el niño, de recurrir al gancho agudo, toda vez que la operación cesárea no debe practicarse sino en último extremo, y cuando hay esperanzas de salvar al producto de la concepción.

El uso del gancho es peligroso, pero no tanto como dicen nuestras obras modernas (1). Churchill, en una nota de 800 partos terminados de este modo, dice han fallecido 140 mujeres, ó sea un 17,6 por 100; y si añadimos los niños muertos, pues todos fueron sacrificados, darán un total de 59 por 100.

Al pronto este resultado parece más favorable que el que nos da el cefalotribo, cuya mortalidad es de 30 por 100 en las madres, y de 65 por 100 si sumamos las dos existencias. Pero si observamos atentamente, no tardaremos en conocer que no es así. En Inglaterra se recurre con mucha frecuencia á la mutilación del feto sin necesidad. Se opera á mujeres que aun no han experimentado esa conmoción funesta que acompaña al parto laborioso, causa tan frecuente de la muerte de las paridas. También se ejecuta en casos que hubieran podido terminar espontáneamente. Así, en la estadística de Sinclair y Johnston se ve practicada la craneotomía en casos de prolapso del cordón, de rigidez del orificio uterino, de hemorragias, de eclampsias, de obstáculos al parto dependientes de las partes blandas, etc. En 16.654 partos verificados en estas condiciones, Collin ha empleado 118 veces el gancho, y sólo 27 ha hecho uso del forceps y de la palanca. Clarke, que le precedió en el hospital de mujeres embarazadas de Dublin, en 10.199 partos ha hecho 49 aplicaciones del gancho y sólo 14 de forceps.

En Francia no se recurre á la craneotomía sino en las circunstancias más graves; así, que el estado de las pacientes es muy distinto en los dos países para que se pueda conceder el mismo valor al resultado final, que dan el uso de los ganchos en Inglaterra y del cefalotribo en Francia. Es bien seguro que si se empleara este último instrumento en condiciones relativamente buenas, en un parto que no reclamara este auxilio y pudiera terminar por medios menos violentos, produciría indudablemente muchas menos víctimas.

---

(1) No comprendemos todas estas contradicciones en que incurre el sabio M. Joulin, pues después de habernos descrito á los médicos de partido con los caracteres gráficos de la mayor impericia, se atreve á poner en sus manos el gancho agudo; y después de haber dicho más arriba que este instrumento es sumamente peligroso, escribe las palabras que han motivado esta nota. — (N. de los T.)

En honor de la verdad, debo decir que no todos los comadrones de la Gran Bretaña merecen el justo reproche de estimar en muy poco la vida del feto. Tyler-Smith, Churchill y algunos otros han protestado elocuentemente contra esa práctica inhumana, que en su país cuenta todavía con numerosos partidarios.

En resumen, y haciendo ahora caso omiso de la predilección que por el gancho tienen los ingleses, vemos que este medio de intervencion no es tan peligroso como en Francia se dice. La estadística que acabamos de citar, y que comprende 800 casos, aunque no muy lisonjera, puede ponerse sin que desmerezca al lado de la del cefalotribo. Así, que en rigor, un práctico que carezca de otros instrumentos recurrirá al empleo del mencionado gancho, despues de practicada la craneotomía, en las deformidades de la pelvis, cuando éstas no sean de las más graduadas.

El gancho debe clavarse en el cráneo, siempre de fuera á dentro y jamás del interior al exterior, porque si se escapara heriría su punta las partes de la madre. Conducido sucesivamente á diferentes puntos, se pueden dividir los huesos de la base del cráneo, haciendo así muy reducible esta region. Una precaucion indispensable es la de mantener el mango en la misma direccion, pues sin este cuidado, si el instrumento se escurre, podría girar sobre su eje y la punta dirigirse á los órganos maternos. Cuando se nota que cede el instrumento, es preciso aplicarlo inmediatamente á otro punto. El gancho agudo en que termina una de las ramas del forceps está peor dispuesto para dividir los huesos del cráneo que el de punta algo ancha y encorvada de que se valían los antiguos.

En el manejo del gancho agudo es donde principalmente el práctico debe ser prudente y reservado, porque sus principales peligros sólo pueden evitarse sustituyendo la fuerza por la destreza. Es preciso tambien que sepamos con toda exactitud la situacion de la cabeza para dirigir la punta del instrumento hácia la cavidad del cráneo.

Churchill, en una estadística que comprende 859.178 partos, indica la frecuencia relativa de la aplicacion del gancho en diversos países.

Se ha empleado :

En Inglaterra, en.....	173.625 partos	553 veces	= 1 cada	308
En Francia (antes del descubrimiento del cefalotribo) y en Italia, en.....	38.908	—	69	— = 1 — 563
En Alemania, en.....	656.645	—	386	— = 1 — 1.675

En los países en que economizan más el uso del gancho agudo recurren á otras operaciones que presentan probabilidades más favorables para la madre, por ser menos peligrosas.

#### CEFALOTOMÍA.

El resultado que nos dan los instrumentos que acabamos de describir son bien poco satisfactorios. Ahora bien, constitu-

yendo la cabeza por su volumen é irreductibilidad el principal obstáculo para la terminacion del parto en las pelvis estrechas, se ha tratado por diversos medios de dividirla en el sentido de su diámetro vertical, mediante una seccion todo lo más regular posible.

Entre los diversos instrumentos inventados con este objeto el único que ha dado suficientes resultados clínicos para que se pueda apreciar su valor ha sido el forceps-sierra de Van-Hue-

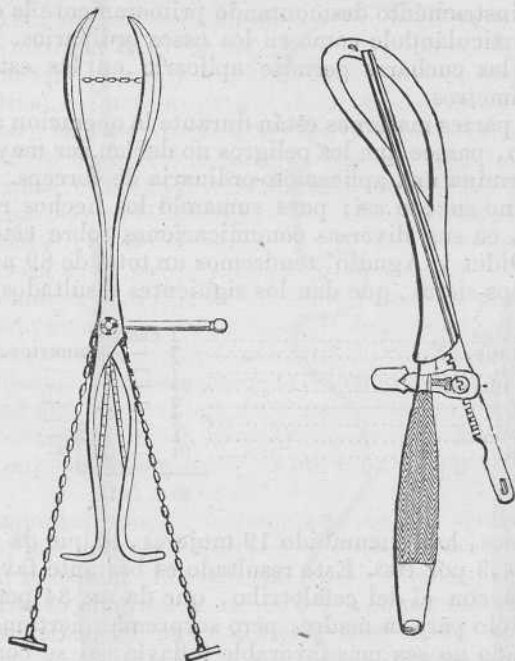


Figura 122. — Forceps-sierra de Van.Huevel.

vel (1842). Este instrumento es una especie de forceps, que tiene las cucharas algo estrechas y provistas en su cara interna de un conducto, por el que pasa una sierra de cadena. Tirando alternativamente de las mamillas en que termina ésta, se comunica un movimiento de vaiven á sus eslabones dentados, que dividen las partes que se encuentran á su paso. Un tallo de piñon, situado paralelamente á la rama hembra, pone en movimiento los conductores, que hacen progresar á la cadena desde la articulacion á la extremidad de las cucharas. La cabeza, que está cogida entre las ramas del forceps, es bien pronto dividida verticalmente en dos mitades que se extraen una despues de la otra.

Este forceps se aplica y articula como en los casos ordinarios;

despues se coloca la cadena por medio de sus conductores, que penetran en los tubos de las ramas. Un ayudante inteligente hace girar despacio al tallo, que comunica á la sierra su movimiento de progresion, de modo que esta última no funcione en el vacío ni quede detenida en su marcha por una presion demasiado enérgica sobre los huesos del craneo. Una vez terminada la seccion, como hemos dicho, se hacen tracciones con el forceps sobre una de las partes divididas, á fin de extraerla. En caso de resistencia se recurre á las pinzas de craneotomía ó á la mano. Se retira el instrumento desmontando primeramente la cadena y despues desarticulándolo como en los casos ordinarios. La poca anchura de las cucharas permite aplicarlo en las estrecheces de  $4\frac{1}{2}$  centímetros.

Como las partes maternas están durante la operacion al abrigo de todo daño, parece que los peligros no debían ser mayores que los que determina una aplicacion ordinaria de forceps. Desgraciadamente no sucede así; pues sumando los hechos recogidos por Verrier, en sus diversas comunicaciones sobre este punto, con los de Didot y Agudio, tendremos un total de 89 aplicaciones del forceps-sierra, que dan los siguientes resultados:

Vasseige .....	1	caso »	
Marinus .....	7	—	3 muertos.
Simon .....	7	—	2 —
Van Huevel .....	35	—	6 —
Billy .....	2	—	» —
Verrier .....	2	—	1 —
Ressems .....	1	—	» —
Agudio .....	34	—	7 —
	89		19

Como vemos, han sucumbido 19 mujeres, lo que da una proporcion de 21,3 por 100. Este resultado es bastante favorable si se lo compara con el del cefalotribo, que da un 34 por 100 de mortalidad sólo para la madre; pero sorprende ciertamente que dicho resultado no sea más favorable todavía, si se compara la inocuidad aparente del forceps-sierra con la maniobra del cefalotribo. Por lo demas, debe consignarse que sus peligros, lo mismo que sucede empleando el cefalotribo, aumentan con el grado de la estrechez pelviana.

En resumen, el forceps-sierra da 9 curaciones por 100 más que el cefalotribo, y éste es un resultado bastante importante para que se adopte el instrumento de Van-Huevel, á lo menos en todos los hospitales de partos. Es de lamentar que en Francia no se haya intentado todavía su aplicacion, y debemos felicitar á Verrier por los esfuerzos que ha hecho para vulgarizar su empleo entre nosotros. No hay derecho para mostrarse indiferentes con una operacion que sacrifica menos enfermas que la que se practica de ordinario, pues la rutina en semejante caso se convierte en inhumanidad.

Duval de Luxeuil inventó en 1852 un instrumento muy aná-

logo al de Van-Huevel y destinado al mismo objeto que éste, pero ignoro si se ha aplicado alguna vez.

Con el nombre de *divisor cefálico* mandé construir á los señores Robert y Collin, en 1862, un instrumento destinado á lle-

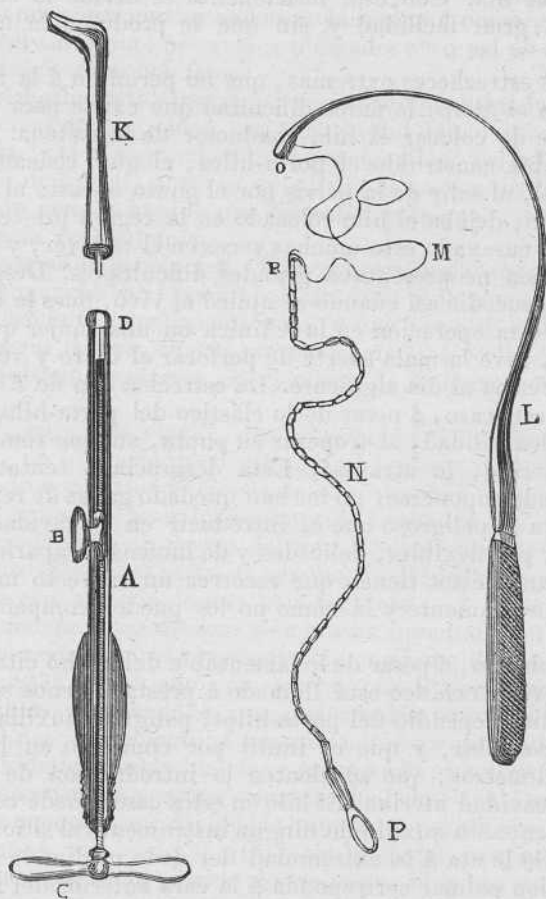


Figura 123. — Divisor cefálico de Joulin.

nar la misma indicacion que el forceps de Van-Huevel. Se compone: 1.º, de la cánula A del ayuda-forceps, que se articula en D con 2.º, una punta de ecrasseur lineal. K, de suficiente longitud para que pueda llegar al estrecho superior; 3.º, de un porta-hilos, L, corvo y muy flexible, montado en un mango y atravesado por un agujero, O, en su extremidad libre, de forma olivar: por este agujero pasa un hilo, M; 4.º, una cadena fuerte de ecrasseur, N, dentada sólo en uno de sus bordes, la que puesta



en su lugar pasa por la punta del ecrasseur y se articula por su extremidad, R, con la punta de éste, K, y por su extremidad, P, con el boton-tuerca movable, B, de la cánula. Esta cadena funciona de la misma manera que lo hace la del ecrasseur ordinario, sólo que lo hace serrando, pues su extremidad, R, permanece fija. Con este instrumento se divide la cabeza del feto con gran facilidad y sin que se produzca la menor esquirra.

En las estrecheces extremas, que no permiten á la mano penetrar en el útero, la única dificultad que existe para la operacion es la de colocar el hilo conductor de la cadena. Para obviarla había construido el porta-hilos, el que, rodeando la cabeza fetal, al salir de la pelvis por el punto opuesto al de su introduccion, dejaba el hilo colocado en la region pre-traquelina. Yo había ensayado esto muchas veces en el cadaver, y visto que la operacion no presentaba grandes dificultades. Desgraciadamente no sucedió así cuando se aplicó al vivo, pues la única vez que hice esta operacion en la Clínica en una mujer que estaba de parto, tuve la mala suerte de perforar el útero y ver sucumbir la enferma al dia siguiente. La estrechez era de 5 centímetros. En este caso, á pesar de lo elástico del porta-hilos y de su natural flexibilidad, al tropezar su punta, aunque roma, con el tejido uterino, lo atravesó. Esta desgraciada tentativa, que como puede suponerse, no me han quedado ganas de reproducir, demuestra lo peligroso que es introducir en la cavidad uterina estiletes, por flexibles, delicados y de inofensiva apariencia que sean, cuando éstos tienen que recorrer un trayecto mal determinado previamente y la mano no los puede acompañar en su camino.

Sin embargo, á pesar de lo lamentable del hecho citado, creo que el divisor cefálico está llamado á prestar buenos servicios: el mal éxito dependió del porta-hilos, peligroso auxiliar que debemos proscribir, y que es inútil por completo en las pelvis de 55 milímetros, que consienten la introduccion de la mano hasta la cavidad uterina. El hilo en estos casos puede conducirse directamente sin auxilio de ningun instrumento al sitio que debe ocupar. Se le ata á la extremidad del dedo medio de la mano, cuya region palmar corresponda á la cara anterior del feto, que generalmente en estos casos ocupa un punto medio entre los diámetros oblicuo y transversal. Los dedos, rozando uno de los lados de la cabeza, penetran sobre la region traquelina, y al retirarlos por el lado opuesto, tiran del hilo, que dejan colocado en relacion con la parte anterior del cuello. Hecha la operacion de este modo, no tiene ninguna dificultad; pues tirando del hilo, se sustituye con la cadena, y la division de la cabeza se verifica sin que expongamos á la madre á sufrir la menor lesion.

Todo esto parece fácil, pero ahora es preciso que los resultados clínicos confirmen los experimentos hechos en el anfiteatro.

## SECCION DEL CUELLO Y DEL TRONCO.

En las presentaciones de tronco, cuando ya se han roto las membranas y las aguas hace tiempo se vertieron; cuando la retraccion uterina enérgica y persistente no permite que se practique la version sin que se exponga la mujer á correr el riesgo de una rotura uterina, nos vemos obligados en ocasiones á practicar la decapitacion del feto.

Una vez hecha esta operacion, se puede con bastante facilidad extraer el tronco, bien sea tirando del brazo que está en procidencia, ó bien enganchando el hueco axilar. La cabeza que ha quedado dentro del útero es expulsada despues naturalmente; pero cuando esto lo impide una estrechez pelviana, se acude al forceps ó á la craneotomía.

Para ejecutar la decolacion, Dubois introducía una mano en el útero, enganchaba el cuello con un dedo y lo acercaba todo lo posible hácia el estrecho superior, y una vez allí, valiéndose de unas largas tijeras, curvas por sus caras, iba cortando la region á pequeños tijeretazos, sirviéndose de la mano como conductor.

Este proceder operatorio, que se remonta á los tiempos de Asdrubali, no lo puede practicar sino el profesor que esté muy familiarizado con las operaciones de la obstetricia, porque siempre hay el temor de herir los órganos de la madre que están en contacto directo con el cuerpo del feto. De más fácil aplicacion en estas circunstancias sería el gancho de Ramsbotham, cuya concavidad está armada de una hoja cortante.

Jacquemier en estos últimos tiempos ha inventado un instrumento más seguro y más perfecto. Se compone de un gancho romo (fig. 147), que tiene una ranura, por la que pasan unas hojas móviles y articuladas, que sobresalen por el lado de la concavidad del instrumento. Comunicándole un movimiento de vaiven, divide las partes blandas; en seguida se retiran las hojas y se las sustituye por una sierra articulada, que á su vez y por el mismo mecanismo divide los huesos, y, por último, la operacion termina volviendo á introducir las hojas cortantes para acabar de completar la seccion de las partes blandas.

Algunas veces es completamente inaccesible la region cervical del feto, que se encuentra de tal modo inmovilizada, que no se puede modificar su situacion para alcanzar el cuello. En estos casos la operacion quirúrgica recae sobre el tronco. Se han propuesto diversos procedimientos con este objeto, pero es imposible dar reglas de antemano para una operacion que tenemos que acomodar á la situacion que el niño ocupa.

R. Lee incinde extensamente el pecho y el abdomen, despues tira á beneficio de un gancho fijado en la pelvis ó en la region lumbar del feto, con el propósito de doblarle el cuerpo,

como sucede en la evolucion espontánea. Para ejecutar esta operacion, naturalmente hay que hacer por algun tiempo violentos esfuerzos, que pueden traer muy malas consecuencias para la madre.

En los casos de procidencia de un brazo, empieza desarticulándolo. Esta práctica se considera generalmente como mala, porque no es la procidencia del brazo la causa de las dificultades, sino la retraccion uterina.

P. Dubois divide el tronco por el mismo procedimiento que emplea en la decolacion : introduce, guiadas por una mano previamente introducida en el útero, unas tijeras curvas, con las que practica la seccion.

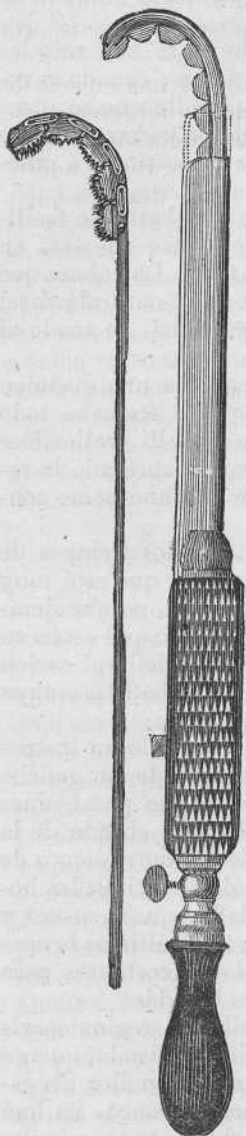
El procedimiento de Posta me parece preferible. Hace extender y levantar el brazo procidente, sirviéndose de él como de un guía para llegar al hueco de la axila. Hace en este punto, por medio de un bisturí convenientemente dispuesto, una incision de dos ó tres traveses de dedo, por cuya abertura introduce unas pinzas y extrae los órganos torácicos y abdominales, terminando por ejecutar la version, posible ya por haber disminuido lo suficiente el volumen del tronco.

Dureau, Dubreuilh y Gaubrie practicaron la evisceracion de esta misma manera, pero la estrechez de la pelvis (ocho centímetros) les obligó á verificar la seccion de la columna vertebral para extraer el tronco, y á emplear el gancho para hacer salir la cabeza.

Como se ve y repetimos, estas son operaciones en que lo imprevisto entra casi como factor principal, y, por lo tanto, es imposible ajustarlas á reglas determinadas. Generalmente son muy difíciles y penosas de ejecutar.

Figura 124.  
Embriotomo de Jacquemier para la seccion del cuello.

Tarnier ha hecho construir un gancho romo basado en igual principio que la sonda de Belloc. El resorte debe salir por la vulva despues de haber pasado por detras del tronco del feto. Un hilo atado á dicho muelle sirve de conductor á



una sierra de cadena, con la que se dividiría el tronco del feto.

Pero la dificultad consiste en hacer pasar el resorte que debe arrastrar al hilo, y Tarnier parece que ha retrocedido ante esta dificultad.

Pajot, con el mismo objeto, ha mandado hacer una especie de cápsula en la extremidad de uno de los ganchos del forceps, de modo que coja en ella una bala de plomo que sujeta en este sitio por un hilo tendido á lo largo de la rama de dicho instrumento. Esta rama, introducida por delante, se la dirige despues hácia la parte posterior de la pelvis; entonces se suelta al hilo, y la bala, arrastrada por su peso, debe caer en la pared posterior de la vagina. En el cadaver tiene un éxito completo este procedimiento; pero la contraccion uterina ha de impedir la caída de la bala. No tenemos noticia de que este procedimiento se haya empleado en la mujer viva. Pajot terminaba la seccion del cuerpo de un modo bastante singular: despues de extraer la bala, ataba un bramante al hilo conductor, tiraba de éste y rodeaba el cuerpo del feto con el bramante, al que comunicaba un movimiento de vaiven enérgico, que determinaba la division del cuerpo del feto en dos partes: un espéculum de madera protegía las partes de la madre contra los roces de la cuerda.

## RESUMEN.

### Embriotomia.

La legitimidad de la embriotomía en el niño vivo la aceptan y comprenden la inmensa mayoría de los prácticos. — Cuando las probabilidades de salvacion sean iguales para la madre que para el hijo, siempre nos pondremos de parte de la primera. — Se debe, sin embargo, dudar y aun preferir la operacion cesárea cuando el grado de estrechez sea tan considerable que haya el temor de ver sucumbir á la madre y al hijo, ó cuando la primera padezca una caquexia necesariamente mortal. — Los prácticos de partido, que carecen de instrumentos especiales, ó que no tienen la costumbre de manejar el cefalotribo, obtienen por la operacion cesárea resultados infinitamente más satisfactorios que los que se consiguen en las grandes ciudades. — La embriotomía comprende varias operaciones, como son: la perforacion del cráneo, la cefalotripsia, la cefalotomía, la seccion del cuello y la division del tronco. — PERFORACION DEL CRÁNEO — La salida de la masa cerebral á traves de la perforacion suele ser lo suficiente algunas veces para que se pueda extraer la cabeza con el forceps. — Esta indicacion la puede llenar un bisturí, pero es preferible el instrumento de Blot. — Una vez perforado el cráneo, se desmenuza el cerebro para que el niño no salga vivo, si lo estuviera. — Fijada la cabeza del feto por un ayudante, se coloca la punta del instrumento lo más cerca posible del pubis, para

evitar que se deslice. — Practicada la perforacion, sin esperar los esfuerzos de la madre, se aplica el forceps ó el cefalotribo. — **CEFALOTRIPSIA.** — A pesar de las reformas que se han hecho al cefalotribo, es un instrumento peligroso, porque hace perecer á 30 mujeres de cada 100. — Antes de aplicar este instrumento, debe haberse perforado el cráneo. — Las reglas para su aplicacion son próximamente iguales á las del forceps. — Su peso hace que sean muy fáciles los errores de direccion, por lo que se cuidará de conducir las cucharas lo más arriba que sea posible. — En las estrecheces considerables deben colocarse las cucharas siempre á los lados de la pelvis. — La poca anchura de sus cucharas hace que éstas aseguren con poca solidez su presa. — Sobre todo se debe tratar de triturar la base del cráneo. — Este resultado se consigue rara vez á la primera aplicacion. — Si es posible se comunica á la cabeza un cambio de posicion antes de retirar el instrumento. — La compresion debe ser lenta y progresiva. — Antes de proceder á la extraccion es preciso que se saquen las esquirlas que hubiera, á fin de evitar á las partes maternas toda clase de lesion. — El cefalotribo es mal instrumento para hacer tracciones, sobre todo cuando la estrechez es considerable, por lo cual no debemos darle este destino. — En las estrecheces medianas podemos terminar el parto con la version, despues de triturada la cabeza (1).

En las estrecheces extremas, para hacer la extraccion del tronco, hay necesidad de aplicar tambien el cefalotribo á esta region. — La cefalotripsia repetida sin tracciones es un método que merece experimentarse seria y cuidadosamente. — Con el craneoclasta de Simpson no se puede triturar el cráneo, pero es un buen auxiliar del cefalotribo en razon de la solidez con que hace su presa. — Los ingleses, que no usan el cefalotribo, emplean el gancho agudo para dividir el cráneo — éste es un instrumento peligroso, pero no tanto como se cree en Francia. — Los resultados que da son análogos á los del cefalotribo. — Se debe fijar siempre el gancho en las partes sólidas del cráneo y en las inmediaciones de la region cervical, dirigiendo la punta hácia la cavidad del cráneo. — Conduciéndolo sucesivamente á diferentes puntos, puede dividir los huesos de la base del cráneo, haciendo por este procedimiento muy reducible la cabeza del feto. — Dicha operacion exige mucha prudencia — hay que mantener el gancho en una direccion tal, que aunque se escurra no pueda

---

(1) Este consejo nos parece capaz de producir accidentes funestos, porque despues de practicada la perforacion del cráneo, despues de una aplicacion de forceps, probablemente seguida de dos ó tres trituraciones de la cabeza fetal y á continuacion las tracciones con las pinzas para extraer las esquirlas y tal vez para sacar al feto, no se encontrará la mujer en las mejores condiciones para sufrir la version podálica. Además, por mucho esmero que se haya puesto en la avulsion de las esquirlas, siempre quedarán algunas puntas, que tienen que lastimar la superficie interna del útero, circunstancia que viene á agravar la situacion, ya demasiado lamentable, de la mujer. — (N. de los T.



herir las partes de la madre. — CEFALOTOMÍA. — Esta operacion tiene por objeto el dividir verticalmente en dos partes la cabeza del feto. — El instrumento que mejor llena esta indicacion es el forceps-sierra de Van Huevel. — Sus resultados son un 9 por 100 más favorable que los del cefalotribo. — La cabeza aprisionada entre las cucharas del forceps es dividida por una sierra de cadena. — Este instrumento se puede aplicar en las estrecheces de 45 milímetros. — SECCION DEL CUELLO Y DEL TRONCO. — En algunos casos de presentaciones de hombros complicadas con una retraccion uterina invencible, nos vemos precisados á ejecutar la detroncacion. — El mejor instrumento que podemos emplear en estas circunstancias es el embriotomo de Jacquemier. — La seccion del tronco es una operacion sumamente difícil y para la que no se pueden dictar reglas de antemano. — El procedimiento mejor consiste en abrir el tórax y extraer todas las vísceras, terminando con la version pelviana.

## OPERACION CESAREA.

La historia de esta gravísima operacion ha llegado al punto de carecer de interes, por las alabanzas y ataques apasionados de sus panegiristas y adversarios, que han logrado hacer imposible la investigacion de la verdad á causa de sus exageraciones.

Tampoco en nuestros dias se ha conseguido aclarar aún el punto más importante del problema, esto es, la proporcion entre los casos felices y los adversos, y hay motivos para temer que jamas podamos conocerla de un modo exacto.

Las estadísticas regularizadas de esta índole sólo pueden llevarse bien en los hospitales, en donde todo se consigna, tanto los fallecimientos como las curaciones. En las casas de Maternidad existen demasiadas circunstancias que impiden obtener resultados capaces de darnos idea de los que se pueden esperar de la operacion de que tratamos, sin que se exceptúe Paris de la regla general.

Yo he tenido cuidado de recoger todos los casos conocidos de operaciones cesáreas practicadas en Paris desde el siglo XVI, las cuales ascienden á 67, y de esta cifra sólo seis mujeres se han librado de la muerte. El último resultado favorable pertenece á Lauvergeat y data del año 1787.

Siglo	xvi.	3 operaciones.	3 muertas.	Ninguna salvada.	
—	xvii.	6	—	6	—
—	xviii.	31	—	25	—
—	xix.	27	—	27	—
		<u>67</u>		<u>61</u>	<u>6</u>
					{ Soummain... 1 { Deleurye... 2 { Millot ..... 1 { Lauvergeat. 2

En el campo, y lejos de los grandes centros, no son tan nume-

rosos los resultados funestos, segun parece, toda vez que la noticia que de ellos tenemos se debe á las comunicaciones de los prácticos, quienes consideran una felicidad poder presentar un triunfo con una operacion por lo comun de éxito desfavorable, pero que naturalmente guardan silencio si experimentan un fracaso. Siéndonos, pues, conocidos todos los casos favorables, y no pudiendo saber con igual exactitud el número de los terminados por la muerte, claro es que tienen que faltarnos por completo los elementos de una estadística formal.

Esta incertidumbre nos obliga á relegar la histerotomía á la clase de las operaciones desesperadas, no recurriendo á ella sino cuando es imposible cualquier otra, ó cuando la que pudiera sustituirla presente probabilidad ó casi certeza de la muerte respecto á la madre y á la criatura.

A pesar de las consideraciones expuestas al principio, me parece útil agrupar algunas de las grandes estadísticas publicadas sobre esta materia; advirtiéndole que son muy imperfectas, por las razones anteriormente indicadas, es decir, por la omision de la mayor parte de las defunciones. Pero á lo menos, su resultado, demasiado favorable, probará todavía á los partidarios de la operacion cesárea que exageran mucho la proporcion de los casos afortunados.

Es verdad que cierto número de casos se encuentran repetidos dos ó varias veces por diferentes autores; pero esto no cambia en nada la proporcion general.

AUTORES.	Número de las operaciones.	Mortalidad respecto á la madre.	Proporcion centesimal.
Churchill .....	80	57	71,0
—	371	134	41,9
Figuera .....	790	424	53,6
West .....	409	251	61,0
Kayser .....	338	210	62,0
Constantin .....	135	55	40,8
Murphy .....	447	101	63,3
Gueniot .....	156	104	66,6
	2.726	1.556	57

En 2.726 casos de operacion cesárea la mortalidad ha sido, por lo menos, de un 57 por 100, es decir, más de la mitad respecto á la madre, y todavía, vuelvo á repetirlo, esta aproximacion es en extremo favorable, y no puede servir de base para un cálculo riguroso, toda vez que representa un minimum de mortalidad cuyo maximum desconocemos; pero siquiera nos servirá para probar que Villeneuve y Bourgeois de Turcoing exageran los resultados favorables al pretender que se salvan las dos terceras partes de las mujeres operadas.

Otra parte importante debe comprenderse también en las cuestiones relativas á la histerotomía abdominal ; es, á saber, el resultado que produce respecto á la vida de los niños.

Muchos autores han descuidado tomar en cuenta estos elementos para sus estadísticas, siendo difícil de comprender semejante omisión. Nosotros, que poseemos datos bastantes y ciertos, formaremos el cuadro siguiente :

AUTORES.	Número de operaciones.	Mortalidad respecto á la criatura.	Proporcion centesimal.
Churchill.....	266	83	31,2
West.....	409	163	39,8
Kayser.....	338	86	25,4
Constantin.....	37	20	54,0
	1.050	352	35,5

En 1.050 casos en que se ha sabido la suerte de la criatura, la mortalidad ha sido de 352, esto es, 35,5 por 100, la tercera parte precisamente. Este resultado concuerda bastante mal con las afirmaciones exageradas de algunos partidarios de la histerotomía, quienes pretenden que se pueden salvar todos los niños. Lo que esto demuestra es que hay que estar siempre en guardia contra las ideas preconcebidas tratándose de la ciencia, y que no hay que colocar lo que uno desearía ver en vez de lo que realmente existe. Los adictos á la histerotomía sostienen que sus resultados no serían tan desastrosos si se operara á tiempo y cuando la mujer no se encuentra aniquilada por la prolongacion del parto ; pero semejante verdad no es sólo perteneciente á la operacion cesárea ; es una ley general y fundamental que tiene aplicacion en todas las operaciones tocológicas. Tanto es así, que cuando se vaya extendiendo el convencimiento del peligro que sigue á la expectacion en los casos de distocia, serán mucho menos funestas las consecuencias de la intervencion del profesor.

La cefalotripsia, única operacion que puede compararse con la histerotomía, ya hemos visto que daba respecto á la mortalidad en las madres una proporcion de 30,4 por 100. Respecto á la operacion cesárea, las defunciones que ocasiona exceden de 57 por 100, por lo cual, es indudablemente más funesta para las mujeres.

Por lo que toca á las criaturas, claro es que mueren todas con el cefalotribo, y con la histerotomía solo el 35 por 100 ; pero téngase en cuenta que éste es sólo el resultado inmediato, y que las que sobreviven no se escapan de la ley general de mortalidad, que arrebató el 16 por 100 durante el primer año y el 45 antes de los veinte.

Creo, finalmente, que no pueden establecerse de un modo riguroso las indicaciones de la operacion cesárea.

En Paris, donde constantemente es mortal, se la debe reservar para aquellos casos de estrecheces pelvianas inferiores á 5 ó á 4 centímetros; pero en el campo y lejos de los grandes centros de poblacion, pueden ampliarse algo más los límites de su aplicacion. Si el práctico es habil y posee los instrumentos convenientes, podrá elegir entre los medios de intervencion y preferir la embriotomía en casos de diámetros menores de 6 centímetros; y, por el contrario, y estando el niño vivo, ejecutar la histerotomía en las estrecheces de 7 y  $7\frac{1}{2}$  centímetros. Si la pelvis pasa de 7 centímetros y medio podrá practicarse la perforacion del cráneo; despues las tracciones á dos con el forceps, y hasta el gancho.

Una vez reconocida la necesidad de la operacion, hay que proceder á ella sin tardanza en cuanto el orificio uterino esté parcialmente dilatado.

Los cirujanos han tratado de evitar los resultados desastrosos de la histerotomía, modificando la forma y sitio de la operacion; pero la experiencia ha demostrado que estas modificaciones no ejercían una acción evidentemente ventajosa, y que varias de ellas presentaban peligros ó dificultades de ejecucion, que han obligado á rechazarlas. El procedimiento casi únicamente empleado es el de Mariceau, que consiste en hacer la incision en la línea blanca, por ser el más sencillo, el más fácil de ejecutar y el que evita la lesion de los vasos de la pared abdominal.

Se tendrá cuidado de desocupar previamente el recto y la vejiga, y sometiendo á la mujer á la accion anestésica del cloroformo, se la operará en su cama, convenientemente dispuesta, á fin de evitar despues de la operacion su traslado á otra, lo cual podría ocasionar algunos inconvenientes.

Lauvergeat insistía en la necesidad de romper primero las membranas para facilitar la salida del líquido amniótico; pero los modernos, por el contrario, quieren que se respete la integridad del huevo, para que el útero se presente distendido cuanto sea posible (1). Este último precepto tiene una importancia muy secundaria, porque la pequeña ventaja que con él se obtiene se encuentra compensada con el inconveniente del derrame del líquido amniótico en el peritoneo en el momento de incidir el útero.

Se practica la primera incision en la línea media abdominal empezando algo por debajo del ombligo y terminando á cuatro centímetros del pubis, por lo cual viene á tener la longitud de unos 15 centímetros. Si la estatura pequeña de la mujer no permitiera tanto espacio entre los límites de la incision, podría pro-

(1) Lauvergeat salvó dos mujeres; los modernos, conservando la bolsa hasta el fin, ninguna. Tampoco Lauvergeat hacia la incision en la línea alba. Ahora juzgue el lector. — (N. de los T.)

longarse ésta superiormente por el lado izquierdo del anillo umbilical.

Dos ayudantes inteligentes circunscriben con sus manos la region llevando el útero á la línea media, fijando sobre él la pared abdominal y rechazando hácia arriba los intestinos. Con esta compresion se procura evitar el derrame de líquidos en la

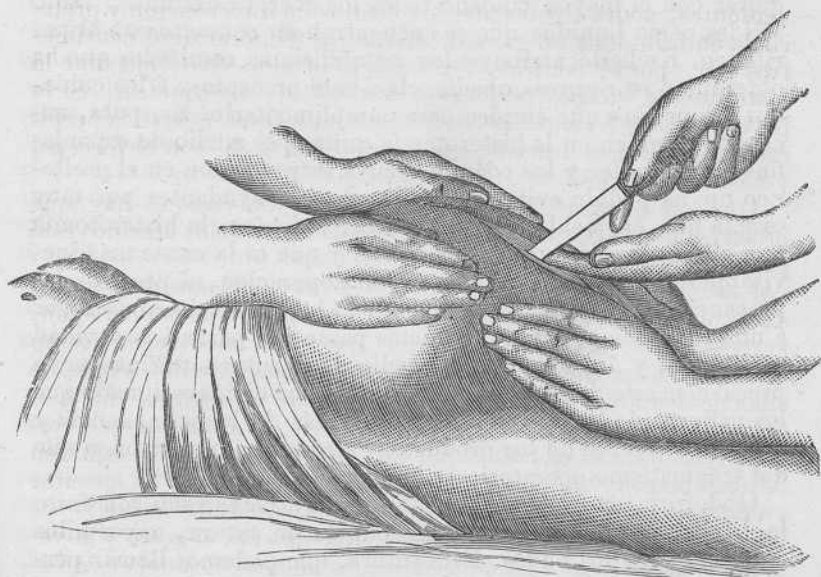


Figura 125. — Operacion cesárea.

cavidad del peritoneo, que, como veremos dentro de poco, es inevitable y exige una intervencion especial.

Se incinden, capa por capa, la piel y la línea blanca hasta llegar al peritoneo. En esta membrana se practica una pequeña abertura, por la cual se introduce el dedo, que sirve de conductor á un bisturí recto de boton, con el cual se la corta hasta los mismos límites de la herida exterior.

En seguida, y por capas, se va dividiendo la pared anterior de la matriz hasta las membranas del huevo ó hasta la placenta. Si el bisturí ha venido á caer sobre el sitio de implantacion de ésta, no se debe incindir, sino desprenderla por el lado en que parezca menos extensa su insercion. Entonces se rompen las membranas y se extrae el feto por la region que se presente más cerca de la abertura. La retraccion del útero desprende la placenta, que se sacará por el mismo camino, procurando arrollar las membranas en forma de cordon, á fin de que no quede ningun pedazo de ellas dentro del útero.



Ahora se presenta la oportunidad de hablar de una indicacion de la mayor importancia, la cual nos ha sido revelada por los últimos trabajos que se han publicado sobre la ovariectomía; operacion menos grave que la que ahora nos ocupa, pero muy análoga á ella bajo varios conceptos. Spencer Wells, Kœberlé y la mayor parte de los autores que han obtenido buenos resultados de la ovariectomía, insisten en la necesidad absoluta de quitar con el mayor cuidado todos los cuerpos extraños, tanto sólidos como líquidos que se encuentran en contacto con el peritoneo, Kœberlé atribuye los notabilísimos resultados que ha obtenido á su rigurosa obediencia á este precepto y á los cuidados minuciosos que emplea para cumplimentarlo. Es, pues, necesario tambien en la histerotomía quitar por medio de esponjas finas los líquidos y los coágulos, cuya introduccion en el peritoneo no ha podido evitar la presion de los ayudantes por muy exacta que haya sido. Por desgracia, existe en la histerotomía una circunstancia muy desfavorable, y que es la causa más inevitable del funesto resultado de esta operacion, á pesar de las precauciones anteriormente dichas: la herida del útero da lugar á una supuracion cuyos productos pasan en parte á la cavidad peritoneal, y únicamente por medio de la sutura uterina puede precaverse este derrame secundario. Parece bien averiguado que los peligros de la peritonitis resultan más de la permanencia y descomposiciones de los productos extraños en el peritoneo que del traumatismo operatorio.

Godofroy, en un caso de histerotomía, ha cerrado con éxito la herida uterina mediante tres puntos de sutura, cuyos hilos cortó cerca de los nudos. Esta sutura, que podemos llamar perdida, no ha ocasionado ningun accidente consecutivo, pero hay motivo para preguntar si sucederá siempre lo mismo. Quizá se encontrarían ventajas en reunir los hilos de los puntos á otros hilos, cuya extremidad libre saliera por la vagina. La práctica de la sutura de la matriz parece muy racional, porque se opone á la penetracion del pus en la cavidad del peritoneo; pero antes de erigirla en precepto necesita fundarse en mayor número de resultados favorables.

Tyler Smith aconseja cerrar las heridas abdominal y uterina con la misma sutura; pero á todas luces es un mal procedimiento que hace imposible ó muy difícil examinar si el peritoneo ha quedado perfectamente limpio. Además, como el útero tiene que retraerse, disminuir de volumen y entrar poco á poco en la cavidad pelviana, su union con la pared abdominal impide estos movimientos y pueden dar lugar á graves accidentes.

Los ingleses, en esta clase de operaciones, emplean la sutura metálica, cuyo uso empieza á propagarse en Francia (1).

---

(1) *Sutura de Hyernoux*. — Consiste en ocho ó diez puntos de sutura entrecortada que ordinariamente se emplea. La especialidad que constituye el nuevo procedi-

El apósito se completa con un parche de cerato, una torta de hilas, compresas y un vendaje de cuerpo. En el ángulo inferior de la herida se deja un espacio que permita á los líquidos salir al exterior.

Metz ha publicado una Memoria acerca de la aplicacion del frio como tratamiento consecutivo de la operacion. Los resultados que en ella consigna son en extremo favorables, porque de 13 operaciones, de las cuales 8 le pertenecen, sólo ha sucumbido una mujer. Su procedimiento operatorio no presenta nada de particular, á no ser el que *rompe las membranas previamente* (1). Una vez terminada la operacion, empieza por aplicar sobre el vientre unas compresas frias durante algunas horas; despues las sustituye con unas vejigas llenas de hielo. A esto añade lavativas frias y el hielo al interior, mediante terroncitos que la mujer deja derretir en su boca. Este tratamiento determina ordinariamente cámaras fáciles y regulares. Cuando persiste el estreñimiento, administra ademas los calomelanos ó el aceite de ricino. Si, por el contrario, se presenta diarrea, la combate con el opio á altas dosis, y suspende las lavativas frias y el uso interno del hielo.

En todos los casos el opio á altas dosis lo utilizan los prácticos para atenuar la reaccion nerviosa que sucede á esta grave operacion.

En general el empleo del frio determina en las mujeres una sensacion agradable; pero si sobreviene malestar y un estado de depresion de fuerzas, se suspende su aplicacion. Los resultados satisfactorios que ha obtenido Behier en su visita de partos del uso del hielo encerrado en unos sacos de goma, aplicado al abdomen de las mujeres paridas con objeto de precaver la fiebre puerperal, deben hacernos perder el miedo que pudiéramos tener en seguir el ejemplo de Metz.

La histerotomía es una operacion bastante sencilla de ejecutar y cuya maniobra suele estar exenta de complicaciones. Las hernias del intestino á traves de la pared abdominal son muy fáciles de reducir, y su contencion manual no ofrece dificultades; pero hay que poner cuidado para que no se estrangule el intestino entre los labios de la herida de la matriz, accidente que ya ha ocurrido alguna vez, y que por sí solo es causa de la muerte. Hemos visto que durante el embarazo experimenta el útero en condiciones normales un movimiento de rotacion sobre su eje, que inclina la cara anterior del órgano hácia uno de los lados,

---

miento es la de que se pasan los hilos por los labios de la herida primera *antes de incidir la pared uterina*. Como los hilos no permitirían continuar la operacion, se los deja muy largos, á fin de poder apartar los puentes que forman hácia el ángulo superior de la incision. Una vez terminada la histerotomía, se encuentra mayor facilidad para cerrar las paredes abdominales sin que estorbe la presencia de los intestinos.—(N. de los T.)

(1) Véase la nota de la pág. 390.—(N. de los T.)

principalmente al derecho, de lo que resulta que la línea media del útero no coincide con la del abdomen. Por esta razón hay que ponerlas paralelas, porque importa que la incisión se practique en la línea media de la matriz.

#### OPERACION CESAREA MEDIANTE LA CAUTERIZACION.

G. Bauhain, en su traducción latina de Rousset, cita cuatro observaciones de operación cesárea, en las cuales, para abrir la pared del abdomen, ha sido reemplazado el bisturí por el cauterio actual, habiéndose obtenido dos resultados favorables con este método, algo imponente. Por lo demás, el laconismo lamentable de Bauhain no nos permite conocer las circunstancias que en ellos concurrieron.

Martin, de Pont de-Bauvoisis en el año 1856 practicó con éxito la gastrotomía, mediante el cáustico, en un caso de preñez extrauterina, habiéndose curado la enferma en cuarenta y cuatro días. Ignoro si se ha aplicado este procedimiento á la operación cesárea; pero en vista del mal resultado casi constante que da el procedimiento ordinario, pudiera intentarse en estas condiciones.

#### OPERACION CESAREA POST-MORTEM.

Cuando una mujer embarazada fallece accidentalmente ó por enfermedad en una época en que la criatura es viable, hay que practicar en seguida la extracción de ésta si se comprueba que está viva.

También se ha entablado cuestión acerca de la legalidad de la operación cesárea *post-mortem*; pero en esta circunstancia la autoridad judicial se atiene al dictamen del médico, toda vez que no puede considerarse como un hecho punible la intervención inmediata, que puede dar por resultado la salvación de la vida de un niño.

La persistencia de la vida del feto ó viabilidad no puede esperarse hasta los siete meses cumplidos de gestación, por lo cual no tiene verdadera utilidad bajo este punto de vista si se la ejecuta antes de los 210 días (1). Los casuistas miran la cuestión bajo el punto de vista religioso y quieren que se opere en cualquiera época del embarazo, llegando á decir Cangiamila que se debe hacer después de los 20 días de la concepción, con objeto de administrar el bautismo al nuevo sér. Esta perspectiva del bautismo es, en mi concepto, el verdadero motivo que inspira á los exagerados partidarios de la operación cesárea hasta en la mujer viva. Los casuistas se dejan arrastrar por su celo, y por

---

(1) En España debe practicarla el profesor cuando el embarazo pasa de 180 días, porque nuestras leyes, fundándose en los conocimientos de una época científica muy atrasada, consideran *vividera* á la criatura en cuanto alcanza un día del séptimo mes.  
(N. de los T.)

más que digan, antes de aumentar el dolor de una familia con semejantes mutilaciones, hay que estar convencido de la existencia de la preñez, lo que es difícil afirmar por lo comun antes de los cuatro meses y medio, y tener seguridad de la vitalidad del feto.

Como estos son casos de conciencia, que cada uno decide segun su fe, no debo considerarlos más que bajo el punto de vista práctico.

La hysterotomía *post-mortem* no debe practicarse más que cuando se tiene la certeza de que el niño está vivo y es viable. La auscultacion y los movimientos activos, que generalmente se hacen tumultuosos cuando la muerte de la madre hace inminente la del feto, nos indican la vitalidad de este último. Más dudosa es la vitalidad á causa de la incertidumbre en que nos encontramos algunas veces respecto á la época real del embarazo.

Por lo comun la criatura es la que sucumbe primero ó no sobrevive á la madre más que un tiempo muy corto. Si habiendo percibido las pulsaciones del corazon se observa su falta durante un cuarto de hora, la operacion es completamente inútil. Las observaciones de niños que han nacido vivos despues de un dia, ó más despues del fallecimiento de la madre, son fábulas, ó la muerte de esas mujeres sólo era aparente.

La operacion que se practica en el momento en que la madre exhala el último suspiro, rara vez va seguida de buen éxito. Lo repito, en estas circunstancias la auscultacion es la única guía que el práctico debe aceptar.

Como la muerte de la madre puede ser aparente, debemos, en lo posible, hacer la operacion con el mismo cuidado y esmero que si estuviese viva, porque, en efecto, varios ejemplos prueban la necesidad de seguir esta conducta.

Si la mujer sucumbe durante el parto, hay que tratar de terminarlo por las vías naturales, introduciendo la mano dentro del útero y practicando la version, aun cuando para ello hubiera que desbridar el orificio uterino y obrar con alguna violencia. En caso de ser aparente la muerte, le quedarían de este modo á la madre más probabilidades de vida que con la hysterotomía abdominal (1).

## RESUMEN.

### Operacion cesárea.

Se ignora la proporcion exacta entre los casos favorables y los adversos de la operacion cesárea. — Practicada en el campo son

---

(1) ¡ Vana ilusion! El parto forzado y la operacion cesárea forman una ecuacion perfecta. — (N. de los T.)

más favorables sus resultados que en las grandes ciudades. — Si se ignora la proporcion verdadera de las madres que han sucumbido, se sabe al menos la mortalidad de las criaturas, que asciende á 33,5 por 100. — La histerotomía, constantemente mortal en Paris, debe reservarse para las estrecheces de 5 á 4 centímetros. — En el campo sus límites son más extensos y podrá ejecutarse en pelvis cuyo menor diámetro sea de 70 ó 75 milímetros, estando viva la criatura. — Si la pelvis tiene mayor capacidad, se recurre al perfora-cráneo, á las tracciones á dos con el forceps y hasta á los ganchos. — El procedimiento que se emplea es el de Mauriceau, ó sea la incision en la línea blanca. — Se vacían la vejiga y el recto. — Se emplea el cloroformo. — Unos ayudantes inteligentes circunscriben, con sus manos aplicadas sobre el abdomen, la region que se va á cortar, cuya incision será de 15 centímetros. — Se incinde capa por capa la pared abdominal hasta el peritoneo. — Se corta esta membrana por delante de un dedo introducido en su cavidad, á manera de conductor. Se divide el útero con precaucion. — Se desprende la placenta si se presenta al corte. — Se extrae al feto despues de haber roto las membranas. — Es necesario quitar con el mayor cuidado los líquidos ó los coágulos que hayan caido en el peritoneo. — Por desgracia la herida uterina vierte en dicha cavidad productos de supuracion, cuya presencia es un manantial de peligros. — Esta causa de muerte pudiera evitarse cerrando la herida de la matriz mediante una sutura. — La aplicacion del frio da buenos resultados en el tratamiento consecutivo. — La operacion *post-mortem* no debe practicarse más que cuando la criatura está viva y es viable. — Casi inmediatamente despues de la muerte de la madre. — Como la muerte puede ser sólo aparente, se toman las mismas precauciones que si la madre estuviera viva.

### SINFISIOTOMÍA.

La sinfisiotomía no presenta en la actualidad más interes que el puramente histórico. Ya en la época de Sigault y de Leroy (1777), que la introdujeron en la práctica, se discutía su valor con razon, y desde aquel tiempo, habiéndose extendido los límites para la aplicacion del forceps, perfeccionando los procedimientos de embriotomía y generalizando el parto prematuro artificial, están mejor fundados los motivos que tenemos para rechazar esta operacion, que hoy se encuentra abandonada por completo.

La seccion de la sínfisis pubiana da por resultado permitir la separacion de las dos superficies articulares divididas. Esta separacion no puede hacerse llegar á más de 5 centímetros, sin que se desgarran los ligamentos sacro-iliacos, lo que constituye un accidente mortal para la madre. Un intervalo de 5 centímetros entre los dos pubis sólo da un aumento de 1 centímetro al diá-



metro sacro-pubiano ; los oblicuos y el transversal ganan más, pero esto es de una importancia secundaria, porque la estrechez antero-posterior es, en resumen, la que pone obstáculo á la terminacion del parto. Los partidarios de esta operacion hacen notar que la elevacion parietal que mira hácia adelante se encaja unos 5 milímetros entre las partes divididas ; pero aun admitiendo este resultado, que dista mucho de ser constante, sólo se podría practicar la sinfisiotomía en aquellos casos en que la diferencia entre los diámetros maternos y fetales fuera únicamente de 15 milímetros.

No me cansaré de repetirlo : es imposible determinar con exactitud antes del parto la medida de la estrechez, y, sobre todo el volumen de la cabeza del feto, por lo cual, si formamos un cálculo inexacto, nos exponemos, abriendo la sínfisis, á practicar sin utilidad una operacion gravísima, porque si la estrechez ó el volumen de la cabeza no corresponden á la prevision del práctico, se ve éste obligado á recurrir al forceps y emplear para extraer al feto unos esfuerzos que darán por resultado el aumento, por presion excéntrica, de separacion entre los pubis y la lesion consiguiente de las articulaciones sacro-iliacas.

Como mediante el forceps, ayudado en caso de necesidad por la perforacion del cráneo, se obtiene en la mayoría de los casos una reduccion de 15 milímetros de la extremidad cefálica, y si no basta se recurre á la cefalotripsia ; preferimos estos medios de intervencion como menos peligrosos para la madre. Con ellos no nos exponemos á practicar una operacion inútil, pues se han dado casos en que la histerotomía ha sido necesaria despues de haber hecho sufrir á la mujer una sinfisiotomía ineficaz.

Los resultados obtenidos con esta operacion son muy poco satisfactorios para que tratemos de sacar á la sinfisiotomía del olvido justísimo en que yace. Segun Churchill, de 49 operadas han sucumbido 16, lo que da una mortalidad de 32,6 por 100. Hay que añadir que el cargo dirigido á los sinfisiotomistas, consistente en haber operado sin necesidad, se ha probado con frecuencia, pues cinco por lo menos de aquellas mujeres han parido espontáneamente antes ó despues de haberles hecho la seccion de que tratamos. Entre las que se han librado de la muerte. más de siete han conservado reliquias crónicas, como cojera, fistulas urinarias y procidencia de la matriz.

Sólo en 30 casos conocemos la suerte que han tenido las criaturas, de cuyo número han muerto 19, ó sea una proporcion de 63 por 100.

Los resultados indicados por Clauzurre, citado por Frontera, son todavía más funestos, porque entre 157 operadas han muerto 72, que es un 46 por 100. La mortalidad respecto á los niños no está suficientemente indicada, pues sólo registra cinco vivos.

## PARTO PREMATURO ARTIFICIAL.

El parto prematuro artificial tiene por objeto provocar la expulsion de la criatura en una época en que sea viable, antes del término comun del embarazo. Su resultado es librar á la mujer de un peligro de muerte inmediato ó próximo y conservar al feto algunas probabilidades de vida, de que carecería al fin de la preñez normal.

Sólo interviene el arte para determinar el establecimiento del parto, dejando despues á éste que recorra sus fases de un modo espontáneo. De este modo se distingue el parto prematuro artificial del parto forzado, cuyo término se debe á la intervencion persistente del práctico.

Las dictaduras científicas no son posibles hoy en obstetricia, porque la mayor parte de los profesores no aceptan á ciegas y sin discusion las palabras del maestro, de lo que debemos felicitarnos por lo conveniente que es para los progresos del saber humano. Malo es que un solo hombre tenga, digámoslo así, las llaves de la ciencia é imponga sus ideas personales, buenas á malas, á toda una generacion médica. El parto provocado es ciertamente uno de los mejores legados del último siglo, y desde 1756, Macaulay, Kelly y los comadrones más recomendables de la Gran Bretaña lo consideraron como un recurso precioso. Poco á poco, esta operacion se fué extendiendo por Alemania, Holanda é Italia; pero en Francia estaba condenada á un verdadero ostracismo á causa de la oposicion sistemática de Baudelocque y de sus discípulos. El año 1831, gracias á la valerosa iniciativa de Stoltz, Velpeau y P. Dubois, el parto prematuro adquirió los derechos de ciudadanía en la práctica francesa (1).

El período de lucha ha pasado ya; todo el mundo acepta hoy esta operacion, y basta dirigir una mirada á los resultados que proporciona, para deplorar qué razones tan fútiles y mal fundadas como las que opinan sus detractores, hayan sido causa bas-

---

(1) En España, quince años despues, ó sea en el de 1846, se presentó la cuestion del parto prematuro á la Academia Quirúrgica Matritense. Aunque las discusiones que habian tenido lugar en otros países habia colocado el problema en la forma más adecuada para poderlo resolver perentoriamente, no sucedió así, sin embargo, y el tema relativo á la provocacion del parto ocasionó ruidosos debates, que no siempre se conservaron á la altura que exigen cuestiones de esta índole, en las que debe predominar la razon pura. Por último: la Academia Quirúrgica acordó por unanimidad sancionar la práctica del parto prematuro, sujetando á los profesores á tales condiciones, que sin violencia se comprende el trabajo que le hubiera costado á tan importante operacion introducirse en el continente europeo en el caso de haber elegido el camino de la antigua Hesperia. Dichas condiciones fueron: 1.ª La de no darle la preferencia sobre las demas operaciones tocológicas, ni á éstas sobre aquélla, sino obrar según las indicaciones. 2.ª Que siempre deben preceder tres consultas. 3.ª Que se de al caso la debida publicidad! — (N. de los T.)

tante para privarnos durante 75 años de este precioso recurso. ¡Cuántas mujeres han sucumbido al término de su embarazo, que se hubieran salvado con el parto prematuro artificial (1).

Yo he reunido casi todas las estadísticas importantes que se han publicado sobre esta materia, y aunque es verdad que un gran número de casos figuran en ellas repetidos dos ó más veces con nombre de diferentes autores, esto no tiene inconvenientes bajo el punto de vista del resultado general, porque aunque aparezca duplicado el número efectivo de observaciones, siempre resulta la misma proporcion entre los casos favorables y los adversos. En algunos de ellos no se conoce más que la suerte que le ha cabido á la madre ó al feto, por lo cual he tenido cuidado de enumerar lo que se refiere á cada uno de ellos.

AUTORES.	Número de madres operadas.	Madres que han sobrevivido.	Número de niños.	Niños que han sobrevivido.
Aubee.....	111	108	77	55
Barlow.....			17	6
Burckard.....			52	35
Clauzure.....	276	274	280	166
Conquest.....			100	50
Ferrario.....	6	6	6	5
Figueira.....	280	274	380	166
Hamilton.....			45	41
Hoffmann.....	528	511	373	250
Kluge.....	12	12	13	9
Kilian.....	161	133	115	73
Lacour.....	176	165	225	152
Lee.....	31	28	31	12
Merriman.....	46	46	10	4
Merriman (joven)....	20	20	46	16
Moir.....	62	62	12	9
Ramsbotham.....	14	13	92	49
Reissenger.....				
Salomon.....	67	67	67	34
Sainclair y Johnston.	6	4	1	5
Schipan.....	90	83	90	55
Wilde.....	178	161	120	77
	2.064	1.967	2.051	1.269

De 2.064 mujeres, 1967 han sobrevivido y 97 han muerto;—proporcion de los fallecimientos, el 4,7 por 100. De 2.051 niños, 1.269 han nacido vivos, 782 han sucumbido;—proporcion de la mortalidad, 47,8 por 100. Si ahora reunimos los muertos de ambas series, resultan 879 por 4.115 existencias, lo que da una proporcion general para ambos seres de un 21,3 por 100. Compárese este resultado con los que se obtienen de la cefalotripsia,

(1) La Penitenciaría romana lo aprobó en el año 1858; pero con la rarísima cláusula de que á la mujer no le corresponde decidir en una cuestion tan difícil: *cum matris non sit in tam difficile questione decidere, eam posse aquiescere iudicio confessoris*, etc..... Il lupo muta il pelo non il vizio.

la operacion cesárea y aun el forceps, en los casos de tener que operar al término comun de la preñez, por existir desproporcion entre las partes de la madre y las del feto.

Cuando el práctico ha comprendido la necesidad de provocar el parto prematuro, debe *siempre* pedir una junta para compartir su responsabilidad moral con otros compañeros. Nunca podrá eludir esta obligacion justificándola con la urgencia del caso, toda vez que no es de aquellas que no permiten dilatacion, sino que, por el contrario, da tiempo para adoptar un partido y prepararse convenientemente. Este precepto debe observarse con mayor rigor todavía cuando se trate del aborto provocado, de que nos ocuparemos más adelante. Operaciones de esta índole exigen que el profesor las practique *á la luz del medio dia*, digámoslo así, para que sobre él no pueda recaer jamas sospecha alguna al verse en la necesidad de ejecutarlas.

#### INDICACIONES DEL PARTO PREMATURO ARTIFICIAL.

El parto prematuro está indicado en las circunstancias siguientes: 1.<sup>a</sup> Cuando una estrechez de la pelvis ó un tumor irreducible disminuyen los diámetros de esta cavidad, hasta el punto de comprometer la vida del feto en el momento de su extraccion; 2.<sup>a</sup> cuando la existencia de la madre se encuentra amenazada por una enfermedad que se ha desarrollado á causa de la gestacion, y es susceptible de desaparecer despues del parto; 3.<sup>a</sup> cuando el riesgo para la madre nace de una enfermedad extraña al embarazo, pero que recibe á causa de él una agravacion funesta.

Examinemos detenidamente cada una de estas circunstancias.

**Estrecheces de la pelvis.** Como las condiciones de viabilidad del feto van aumentando necesariamente á medida que se acerca el término comun de la preñez, se debe precisar con la mayor exactitud, tanto la época del embarazo como el grado de la estrechez, á fin de aprovecharnos del mayor tiempo posible dentro de los límites de la expectacion.

En diferentes ocasiones he insistido acerca de las dificultades que el práctico experimenta con frecuencia para la determinacion precisa de estos dos importantísimos elementos del problema. No hay, pues, que descuidar ningun medio que pueda aclarar estos puntos antes de ejecutar la operacion, dejando á la casualidad ó al azar lo menos que podamos.

Los datos que sirven de base para la operacion no pueden ser más que aproximados, porque aun en el caso de que se pudiera determinar rigurosamente la época del embarazo y la medida de la estrechez, siempre quedaría como un problema imposible de resolver, el conocimiento del volumen de la cabeza del feto. Tenemos, pues, que valernos de términos medios que tienen muy poco valor cuando se aplican á casos particulares.

Los límites de la operacion respecto á la capacidad de la pelvis están comprendidos entre 85 y 65 milímetros, lindando esta última cifra con la perteneciente á la indicacion del aborto provocado, de que hablaremos dentro de poco. Sin embargo, si una mujer hubiese tenido partos muy laboriosos y su pelvis ofreciese una estrechez de 85 milímetros, al parecer, no habría que vacilar en provocar prematuramente el parto en una nueva preñez.

Se comprende, por lo tanto, que la época de intervenir ha de variar entre los dos límites que acabamos de establecer y la necesidad de tener en cuenta, bajo este punto de vista, el desarrollo probable de la cabeza de la criatura. Por lo tanto, la indicacion práctica consiste en aprovechar el momento en que coincidan el volumen de la cabeza y el grado de la estrechez, partiendo de la época del embarazo en que el feto se supone viable hasta el término de la preñez.

El diámetro bi-parietal de la cabeza del feto tiene, por término medio, la longitud que indican las cifras siguientes:

A los 7 meses.....	65 milímetros.
A los 7 meses y medio.....	70 —
A los 8 meses.....	80 —
A los 8 meses y medio.....	85 á 88 —

Hay que contar hasta cierto punto con la reductibilidad del cráneo, pero sin dar al olvido que si la cabeza del feto nacido antes de término disminuye de volumen más fácilmente que la del de nueve meses, en cambio son más funestos los efectos de la compresion por la viabilidad menor del nuevo sér.

Combinando los términos del problema: grado de estrechez, época del embarazo y volumen de la cabeza fetal, se llega á precisar la oportunidad de la operacion, de la manera siguiente:

Grado de estrechez.	Diámetro bi-parietal del feto.	Epoca para provocar el parto.
65 milímetros.	65 milímetros.	7 meses.
70 —	70 —	7 $\frac{1}{2}$ —
80 —	80 —	8 —
85 —	85 á 88 —	8 $\frac{1}{2}$ —

Se ha considerado la primiparidad como una contraindicacion del parto provocado; pero yo creo que sería imprudente aceptar este precepto y exponer á la mujer á los peligros de un parto laborioso, sin más razon que la posibilidad de que su hijo tenga quizá un volumen pequeño. Con igual motivo pudiera aplicarse semejante argumento para combatir la operacion en las pluríparas cuyos partos anteriores han sido malos, pues sabido es que una misma mujer puede tener hijos de muy distinto desarrollo.

El diagnóstico exacto de una preñez múltiple permitiría esperar más tiempo, ó abstenerse de la operacion, segun el grado de la estrechez; porque, en efecto, se puede contar algunas veces con que los niños tengan menor volumen que en una preñez sencilla.



La muerte del feto contraindica la operacion, toda vez que su crecimiento, que constituía el peligro, se detiene naturalmente en cuanto la vida le abandona.

**Tumores.** Todavía son mayores las dificultades para una apreciacion exacta cuando se trata de tumores capaces de dificultar ó impedir mecánicamente el parto. Ya hemos tratado esta cuestion bajo el punto de vista general al ocuparnos de la distocia materna. No puede trazarse de antemano la conducta que se debe seguir en un caso semejante, porque depende de la naturaleza del tumor, de la posibilidad de extirparlo, de su posicion, de su adherencia á la pelvis ó de su movilidad, que puede permitir empujarlo hasta por encima del estrecho superior en el momento del parto; circunstancias todas muy diferentes, cuya apreciacion requiere mucho tacto y experiencia. Tambien hay que tener presente que en ciertos casos los tumores abdominales sufren una agravacion funesta por la existencia del embarazo.

Si no se consideran los tumores más que como un obstáculo material, la oportunidad y el momento de la operacion variarían segun el grado de estrechez que determinaran, lo mismo que en las deformidades de la pelvis, sólo que habría que ejercer una vigilancia atenta, porque el tumor pudiera experimentar un crecimiento progresivo, aumentando el obstáculo, circunstancia que no hay que temer en las deformaciones pelvianas, excepto cuando dependen de la osteomalacia.

**Hemorragias.** Al tratar de las hemorragias hemos indicado los casos que exigen el parto prematuro. Para practicarlo en estas circunstancias se emplearán los medios más expeditos, á saber: dilatacion previa del cuello, rotura de las membranas y aplicacion del aparato de Barnes, que pronto describiremos.

**Vómitos incoercibles.** Cuando se han agotado inútilmente todos los medios de tratamiento, casi siempre impotentes por desgracia, que poseemos para poner término á los vómitos pertinaces que amenazan la vida de la mujer, queda el recurso heroico de ejecutar la provocacion anticipada del parto, que produce resultados casi seguros. En la actualidad no puede discutirse la utilidad de la operacion, porque casos numerosos prueban que la muerte suele sobrevenir por el influjo de los vómitos únicamente, y que éstos cesan despues del alumbramiento, ó inmediatamente despues que ha sucumbido el nuevo sér. Los resultados funestos dependen de intervenir demasiado tarde. Por mi parte siempre me reprenderé el no haber cedido pronto á los deseos de mis colegas, que me habían mandado llamar para un caso de vómitos pertinaces, á los que sucumbió la mujer de repente, veinte dias despues del alumbramiento, por haber recibido una fuerte emocion. Es verdad que se trataba de un embarazo de cuatro meses y medio, y, por consiguiente, de un aborto. Yo contemporizaba esperando que una mejoría espontánea hiciese inútil la operacion; pero no volveré á aceptar semejante cargo

de conciencia, porque en la práctica todo debe ceder ante la indicación clara y evidente. La mujer había perdido toda fuerza de reacción, los vómitos habían cesado en la época del fallecimiento, pero murió á consecuencia de una debilidad general y no poder verificar la asimilación el organismo aniquilado. Una mala noticia bastó para matarla.

En casos semejantes, el práctico tiene el deber de ejecutar no solamente el parto prematuro, sino el aborto. (Véanse *Vómitos incoercibles*, en la Patología del embarazo.)

La muerte del nuevo sér contraindica la operación, porque se ha observado que los vómitos cesan con su existencia, aun cuando no sea expulsado hasta más tarde.

**Eclampsia.** No hay conformidad entre los autores acerca de la indicación del parto prematuro en la eclampsia. P. Dubois rechaza la operación; Cazeaux y Jacquemier la aceptan con reservas; Velpeau, Stoltz y Chailly se muestran partidarios suyos, y yo me adhiero á la opinión de éstos por las razones siguientes:

1.<sup>a</sup> Como las convulsiones matan con frecuencia al feto, hay que sustraerlo á su acción funesta, determinando su expulsión lo más pronto que sea posible. 2.<sup>a</sup> Si el alumbramiento no salva siempre á la madre, es común ver cesar los accesos inmediatamente después del parto en el mayor número de casos. 3.<sup>a</sup> La operación no agrava de modo alguno la situación de la mujer y más bien puede aliviarla. 4.<sup>a</sup> Los demás tratamientos son menos eficaces.

Los autores contrarios se fundan sobre todo en la lentitud de acción de los medios destinados á terminar el parto comparada con el curso rápido de la enfermedad. Este argumento no tiene más que un valor relativo, porque en la mayor parte de los casos se podrá terminar el parto, y hasta el aborto, en menos de doce horas, con tal que se sepa sacar todo el partido posible de los procedimientos que se emplean.

Yo he obtenido el parto en nueve horas por medio de la ducha en una primípara atacada de eclampsia en el octavo mes de su embarazo, para cuya asistencia me había mandado llamar el doctor Rouillon. Sólo que en vez de hacer una ducha diaria introduciendo á ciegas la cánula dentro de la vagina, la hacía practicar de hora en hora dirigiendo directamente el chorro al cuello de la matriz, puesto al descubierto por medio de un espéculum. La enferma se curó. Igual resultado obtuve en circunstancias idénticas, en ocho horas, en una embarazada de ocho meses, á quien uno de mis colegas no quiso operar, calculando que sucumbiría antes de dar á luz. Murió, en efecto, pero fué á los seis días y á consecuencia de una pulmonía doble, que recorrió sus períodos en treinta y seis horas. Me ayudaron en la operación los doctores Raynaud, tío y sobrino, médicos de la casa, y empleé el aparato de Barnes.

En union de Jacquemier, provoqué en diez horas la expulsion del feto por medio de la esponja en una mujer embarazada de cinco meses y atacada de uremia. Con Verrier obtuve el mismo resultado en catorce horas aplicando el mismo procedimiento. La mujer se encontraba en cinta de unos cuatro meses, y motivaron la operacion los vómitos incoercibles.

Basta para obtener estos prontos resultados vigilar la marcha del parto, y, sea cual fuere el procedimiento que se emplee, apresurar la dilatacion del cuello, activando la accion de los agentes que la determinan.

La muerte de la criatura no contraindica en la eclampsia el parto prematuro, porque sólo su expulsion puede facilitar el término de los accesos eclámpsicos. (Véase *Eclampsia*, en el libro VII).

**Uremia.** Presenta las mismas indicaciones que la eclampsia. La deplecion del útero hace cesar los accidentes.

**Muerte prematura del feto durante las preñeces anteriores.** Por influjo de causas desconocidas, algunas mujeres expulsan muerta la criatura antes de tiempo en embarazos sucesivos. En esta circunstancias se ha propuesto la cuestion del parto provocado para expulsar al niño antes de la época en que se presentaron los accidentes otras veces. Esta es una cuestion delicadísima, cuya solucion debe encomendarse al práctico que haya podido darse cuenta exacta de todos los antecedentes. P. Dubois, que jamás ha consentido en intervenir, confiesa que si ha tenido razon para abstenerse en algunos casos, ha hecho mal en éste.

**Hidropesia del amnios.** La distension del abdomen por el acúmulo exagerado de líquido amniótico puede determinar en la mujer accidentes bastante graves para justificar la perforacion de las membranas.

**Enfermedades diversas que determinan desórdenes graves en la respiracion.** Diferentes afecciones independientes del embarazo experimentan con él una agravacion que se pone en compromiso la vida de la mujer, como, por ejemplo, las enfermedades del corazon, de los grandes vasos, la tuberculosis pulmonar y la infiltracion serosa generalizada. En el período avanzado de estas enfermedades se presentan accesos de sofocacion, que á veces han exigido la provocacion del parto.

#### PROCEDIMIENTOS OPERATORIOS.

Son en extremo numerosos, y como puede comprenderse, su valor no es el mismo para todos ellos. Unos merecen una descripcion completa, porque llenan todas las indicaciones; otros, menos suficientes, sólo presentan un interes histórico, por lo que me contentaré con mencionarlos, ocupándome antes de los primeros.

Debiendo el parto prematuro acercarse en lo posible, á las con-

diciones del normal, se debe recurrir de preferencia á aquellos procedimientos que, siendo inofensivos para la madre, determinan la dilatacion del cuello de la matriz, conservando el huevo intacto. Tambien se deben preferir los que no exijan ningun instrumento especial, porque bastantes indispensables necesita poseer el práctico, para que se le obligue á adquirir otros, sin los que puede pasar perfectamente.

Los mejores procedimientos para provocar el parto, son : la esponja, las duchas y los dilatadores de Barnes y Tarnier.

**Esponja preparada.** Siebold ha disputado á Bruninghausen (1820) la prioridad del descubrimiento de la esponja preparada para dilatar el cuello uterino ; pero Kluge fué el que introdujo en la práctica este método.

Hé aquí cómo se procede á su aplicacion : mediante un espéculum se pone al descubierto el cuello del útero, y se introduce en su cavidad, con una pinza de pólipos, un cono de esponja (de la preparada á la cuerda) cuya base está atravesada con un cordónete que sirve para retirarlo cuando se quiera. Dicho cono tiene la longitud de 50 milímetros y un grueso de 15 en su base. Se unta previamente con cerato para facilitar su introduccion. El vértice de la esponja, por razon de su volumen, no pasa del orificio interno del cuello, á menos de existir una dilatacion previa, y obra sólo sobre la porcion cervical. A fin de mantener el cono en su sitio, hay necesidad de taponar la vagina ó de recurrir á una pinza especial inventada por Cazeaux, la que se ata exteriormente á una faja hipogástrica. Si se omitieran estas precauciones, el cono de esponja se saldría pronto de la cavidad cervical y caería en la vagina.

La esponja de Kluge es completamente inofensiva para la mujer (1) ; pero á causa de las condiciones de la region en que tiene que estar colocada, presenta el inconveniente de no llenar á veces su fin, ó de hacerlo con suma lentitud. En la estadística publicada por Hoffmann ha sido impotente 7 veces entre 70 casos, y ha durado el parto de tres á ocho dias en 12 veces. Habiendo llamado mi atencion estos inconvenientes, he modificado la manera de aplicar la esponja, creando un procedimiento nuevo por su modo de obrar y por la rapidez de su accion.

**PROCEDIMIENTO DEL AUTOR.** — De una esponja seca, algo fina y de clase inferior, corto dos conos muy prolongados, el uno de 8 centímetros de largo, 3 de ancho en la base y 1 en el vér-

---

(1) La esponja preparada no es tan inofensiva como creía M. Joulin, toda vez que puede producir una pelvi-peritonitis, un flegmon periuterino y la septicemia. El Dr. Goodell opina que la primera esponja no es la que produce los accidentes, sino el empleo repetido de varios de estos cuerpos : diciendo que la primera esponja irrita la mucosa y levanta el epiteliun, lo cual permite la introduccion en los vasos de materias sépticas, producidas por las tientas subsiguientes. Por lo cual, este sabio práctico aconseja dilatar el cuello mediante un dilatador mecánico, y emplear despues una sola esponja de la mayor dimension posible. — (N. de los T.).

tice ; el otro de 12 á 15 centímetros de longitud, 6 de anchura en la base y 1 en la punta. En seguida los preparo apretándolos fuertemente con un bramante, teniendo cuidado de que todas las circulares estén contiguas. Por la compresion las esponjas se ponen en extremo compactas y presentan el aspecto de una candelilla gruesa, cuya extremidad menor no presenta de diámetro más que de 1 á 2 milímetros. Se quita la cuerda en el momento de ir á usarlas, lo que puede hacerse despues de dos ó tres horas de preparacion, porque entonces ya ha adquirido la esponja una rigidez suficiente. Un cordonete atravesado en la base del cono permite extraerlo cuando se quiere, y en el momento antes de introducirlo se moja en cerato la punta que ha de entrar dentro de la matriz. Se emplea el espéculum para descubrir el cuello.

Si el orificio cervical superior aparece cerrado por completo, se elige la esponja menor, la cual se empuja hácia la cavidad del órgano tan adentro como se pueda, á fin de que la base del cono forme una ligera eminencia sobre el nivel del hocico de tenca. Para esta operacion se emplea una pinza de pólipos. La extremidad fina y algo flexible de la esponja le permite atravesar el orificio cervical superior, aunque parezca impenetrable á la sonda uterina. Jacquemier ha podido comprobarlo en un caso en que no habíamos podido hacer pasar el histerómetro. Dicha maniobra debe ejecutarse con cierta rapidez, para que el moco uterino no empape la esponja y la ablande antes de penetrar.

En el caso en que el orificio uterino del cuello se presente permeable con facilidad, se introduce el cono mayor.

No es necesario en manera alguna emplear el taponamiento ni ningun aparato para mantener la esponja en su sitio, porque la porcion introducida se hincha con rapidez, y al cabo de algunos minutos se necesita tirar con cierta fuerza del cordonete de su base para hacer salir la esponja.

Aplicada la esponja segun este procedimiento obra de varias maneras á la vez : 1.<sup>a</sup> Desprende las membranas, lo que basta á menudo para determinar el parto. 2.<sup>a</sup> Irrita como cuerpo extraño el segmento inferior de la matriz, la cual reacciona contrayéndose. 3.<sup>a</sup> Dilata el orificio cervical superior que atraviesa. 4.<sup>a</sup> Dilata igualmente el cuello en toda su altura al hincharse á expensas del moco uterino. Este último resultado es el único que se obtiene por el procedimiento de Kluge.

Cuando el caso no es urgente, puede uno contentarse con aplicar la esponja pequeña ; pero cuando circunstancias accidentales, como la eclampsia ó la metrorragia, exigen la terminacion rápida del parto, se hará uso sucesivamente, despues de algunas horas, de esponjas más largas y voluminosas, que obrarán con mayor actividad todavía.

Este procedimiento, que es tan inofensivo para la mujer como el de Kluge, me parece muy superior á los demas, por el motivo de que ninguno da resultados más rápidos ni llena mejor las



indicaciones. Además tiene la ventaja de no necesitarse para su aplicación ningún instrumento especial y más ó menos dispendioso.

Una dificultad, que por lo demás es común á todos los procedimientos con que se obra sobre el cuello, puede impedir la introducción de la esponja, y depende de la desviación hacia atrás de la región cervical, cuyo orificio queda poco accesible. Ya he señalado esta disposición al tratar de la distocia materna y aconsejado los medios de corregirla.

Voy á indicar aquí una preparación que he hecho sufrir á la esponja, con otro objeto.

Sabido es que ciertas dismenorreas muy dolorosas coinciden ó dependen de una estrechez del orificio superior del cuello uterino, y que el mejor y casi único medio para combatir las con éxito es la dilatación de este orificio por medio de la esponja. No se experimenta ninguna dificultad al practicar esta operación en las mujeres que han copulado; pero no sucede lo mismo en las vírgenes, cuando en último extremo, y á causa de la gravedad de los accidentes, tenemos que recurrir á este tratamiento. Para respetar la integridad del hímen, yo empleo un espéculum cuyo calibre no pasa de 15 milímetros de diámetro. A pesar del pequeño volumen de un porta-esponjas especial, el cuello se encuentra oculto de tal manera, que sólo por casualidad se introduce una esponja. Si no se atina pronto con el orificio, la esponja se empapa de moco, pierde la rigidez necesaria, y hay que tirarla. A veces he reblandecido sucesivamente cinco ó seis esponjas sin poder colocar una siquiera. Entonces recurrí á los diferentes vegetales cuyos tallos se hinchan con la humedad, pero su aplicación es dolorosa á causa de la curvatura del cuello; además hay que contenerlas en su sitio mediante un aparato que se fija á una faja ó cinturón.

Para remediar estos inconvenientes me ocurrió la idea de preparar las esponjas (cuyo diámetro no debe exceder de dos milímetros para empezar) de la siguiente manera: En vez de atarlas en seco con un hilo fuerte, las empapo primero en una disolución de goma arábiga, y las dejo secarse por espacio de algunos días antes de servirme de ellas. Así conservan cierta flexibilidad y pueden permanecer uno ó dos minutos en contacto con el moco antes de reblandecerse. Este espacio de tiempo es suficiente para vencer la dificultad, sobre todo cuando alumbramos la vagina con un buen reflector.

Véase además para las aplicaciones de la esponja el capítulo de la *Esterilidad en la mujer*, t. I.

**Duchas uterinas.** Kiwich, en 1848, introdujo en la práctica el procedimiento de la ducha uterina, el cual consiste en dirigir con cierta fuerza sobre el cuello de este órgano un chorro de agua templada ó fría. La irritación que produce, determina contracciones uterinas y se establece el parto. Puede proyec-

tarse la ducha con una pequeña bomba de mano, un irrigador, un cliso-bomba ó cualquier otro aparato impelente. Creo preferible descubrir el cuello mediante el espéculum, porque se dirige mejor el chorro en la direccion de su eje, y Campbell ha notado que tenía de este modo más eficacia que cuando se introduce al azar la cánula en la vagina. Blot ha llegado hasta introducir la cánula dentro del cuello, y este procedimiento, que es bastante ejecutivo, se acerca al de Cohen, del que hablaremos más adelante, que tiene por resultado el desprendimiento de las membranas. Sin embargo, Dubois, dirigiendo la ducha dentro del cuello, determinó en la mujer vómitos y escalofríos, que le obligaron á suspender la operacion. Cada ducha debe durar de 10 á 15 minutos, y se practican dos ó tres diarias cuando el caso no es urgente, porque si lo es, se pueden repetir más á menudo. El número necesario por término medio es el de 10 próximamente.

La ducha es tanto más eficaz cuanto más cerca del término de la gestacion se la practica, y es siempre una operacion poco dolorosa.

El procedimiento de Kiwich fué acogido con mucho favor, y se le consideraba como completamente inofensivo. Por desgracia esto último no es exacto, y en Francia las duchas han determinado la muerte de la madre en tres casos por lo menos. Simpson refiere otro, Lazzati ha publicado dos, y en un estado de treinta y seis observaciones de esta naturaleza, complicadas con accidentes, han sucumbido doce mujeres. Estos resultados nos obligan á preferir la esponja, que parece exenta de tales peligros.

**Inyeccion intrauterina.** Cohen, de Hamburgo, en 1848, propuso desprender las membranas inyectando 60 ú 80 gramos de agua de brea por medio de una jeringa, cuya cánula se introduce en la cavidad uterina hasta una altura de 5 centímetros. La irritacion que produce en el órgano el contacto del líquido determina las contracciones. La mujer puede levantarse y andar despues de esta inyeccion, que se renueva en caso de no dar resultado la primera. Este procedimiento ha tenido buen éxito, ejecutado por su autor, pero no está completamente exento de peligros. En un caso observado por Greser sucumbieron la madre y la criatura.

En muchísimas ocasiones será imposible hacer penetrar una cánula por el orificio uterino, sobre todo en las primíparas, y éste es un inconveniente bastante grave. En Francia se emplea rara vez la inyeccion de Cohen. Una algalia de goma y una jeringuilla ordinaria pueden bastar para la operacion.

**Dilatadores de Barnes.** Barnes, en 1862, publicó un nuevo procedimiento para provocar el parto. Su aparato se compone de tres sacos de *cautchuc*, de diferente tamaño, anchos en sus extremos y estrechos en la parte media. Están provistos de un tubo que sirve para introducir en su cavidad, por medio de una

jeringa, el agua que ha de distenderlos. Un conductor metálico, recibido en un apéndice en forma de dedo de guante, permite introducir primero el saco más pequeño á través del orificio interno, de modo que su parte estrecha ocupe la cavidad del cuello de la matriz. Despues se le distiende con el agua progresivamente á medida que se va verificando la dilatacion. Si es necesario, se sustituye con un saco mayor, el que se había aplicado primero.

Este procedimiento tiene el inconveniente de no poderse aplicar más que cuando cierto grado de dilatacion previa permite hacer pasar el aparato á través del orificio interno. Cuando éste se encuentra cerrado, hay que empezar por dilatarlo mediante otro procedimiento. Añadiré que el aparato se estropea con bastante facilidad, y, por lo tanto, hay que reponer los sacos con frecuencia, que por cierto se fabrican muy mal en Francia (1). Estos inconvenientes se encuentran, sin embargo, compensados por una ventaja efectiva cuando es necesario terminar con mucha rapidez el parto, y es la de conseguir una dilatacion progresiva, que podemos aumentar casi á nuestra voluntad. Yo he obtenido el parto en ocho horas en una primípara eclámpsica por medio de este aparato. Ignoro si la esponja permitiría contar con un resultado tan rápido en las mismas circunstancias.

Considero, pues, la dilatacion de Barnes como un procedimiento mixto que ocupa un lugar intermedio entre el parto forzado y el parto provocado, pues no sólo da el impulso, sino que ademas obra de una manera continua hasta la completa dilatacion del cuello. Se diferencia del parto forzado en que su accion, aunque bastante rápida, carece de aquella violencia que hace tan peligroso este último método.

Keller, Murray, Storrer y Braun han empleado medios análogos al de Barnes.

**Dilatador intrauterino de Tarnier.** En 1865 inventó Tarnier un instrumento análogo al de Barnes, pero que obra de un modo algo diferente. Se compone de un tubo cautchuc, de paredes gruesas en la mayor parte de su extension y adelgazadas en los cuatro últimos centímetros de su extremidad, terminado en fondo de saco. Esta parte se dilata en forma de esfera cuando con una jeringa se practica una inyeccion de 50 gramos de agua dentro del tubo. Un conductor metálico sirve para hacer penetrar la extremidad del tubo en la cavidad uterina, y despues de su dilatacion se deja colocado el tubo hasta que lo expulsan las contracciones. Si no bastara la primera aplicacion, se introduciría otro tubo, distendiéndole más.

El dilatador de Tarnier es un buen instrumento y obra como el de Barnes, desprendiendo las membranas é irritando el útero; sólo que no distiende el cuello como éste, en lo cual le es infe-

---

(1) ¿Tendremos necesidad de decir algo de las fábricas españolas?... ¡Con buenos aparatos de Barnes podemos contar! — (N. de los T).

rior. Por mi parte lo he aplicado con éxito, obteniendo un resultado rápido. Sin embargo, en ocasiones obra con lentitud, y las contracciones cesan cuando el orificio uterino se ha dilatado lo bastante para que pueda ser expulsada la extremidad terminal. Tarnier cree que en algunos casos se podría agregar con ventaja á su aparato el de Barnes.

En 1855 presentó Mattei un aparato muy análogo al de Tarnier. Consiste en una vejiga de carnero, que se ata á una sonda metálica y se distiende tambien inyectándola con agua. Mattei empleaba este aparato para activar la dilatacion del cuello en el parto demasiado lento. No tenía razon ninguna para disputar á Tarnier la prioridad de su dilatador, porque Schackenbergh había inventado uno exactamente parecido en 1835 para provocar el parto prematuro, cuyo instrumento cayó en olvido.

Daudé, Lépine y Moine han empleado, como Tarnier, el tubo de cautchuc, dilatándolo por inyeccion.

Se puede decir en contra del dilatador de Tarnier, que es un instrumento especial, difícil de adquirir por todos, y que necesita, para que pueda ser introducido, que el cuello uterino esté algo abierto. Añadiré que los tubos estallan con facilidad al distenderlos, cuyo accidente me ocurrió una vez.

En resumen, yo prefiero la esponja aplicada segun mi procedimiento, porque pasa por donde no lo hacen los dilatadores que acabo de describir, y ademas porque su aplicacion es fácil, su accion rápida, y puede uno proporcionársela en el momento de necesitarla.

Tales son los procedimientos que merecen conservarse en la práctica, por lo que me contentaré con enumerar brevemente los otros medios, bastante numerosos, que presentan inconvenientes ó son poco eficaces.

**ROTURA DE LAS MEMBRANAS.** — Fue el primer medio empleado para provocar el parto. Tiene el inconveniente de exponer el feto á la compresion directa del útero. Se debe reservar exclusivamente la rotura de las membranas para el caso de hidropesía del amnios. Hopkins, Meissner, Ritgen, Lacour y Villeneuve han inventado sondas destinadas á perforar el huevo á una altura próxima al fondo del útero, á fin de no privar bruscamente al feto del líquido amniótico que lo protege; pero estos instrumentos especiales no son bastante eficaces para que se los adopte, y presentan ademas los inconvenientes de ser muy difícil su introduccion, de ocasionar, si se los empuja, un desgarro de la placenta, y poder herir con ellos la matriz á poco que equivoquemos su direccion.

**DESPRENDIMIENTO DE LAS MEMBRANAS.** — Hamilton, con este objeto, introducía el dedo por encima del orificio interno y lo paseaba entre la pared uterina y las membranas del huevo, lo cual exige una dilatacion previa muy notable. Riecke, Mompé, Zuidhoek y Braun practicaban el desprendimiento introduciendo

una algalia, sin conductor, entre el útero y el huevo. Este proceder da algunas veces resultados satisfactorios, pero generalmente obra con lentitud.

**DILATADOR DE BUSCH.** — Es un espéculum pequeño de tres valvas, las cuales se abren despues de su introduccion en la cavidad cervical. La separacion de las valvas puede producir lesiones en el cuello, y vale mucho más recurrir á la esponja preparada (1).

**ELECTRICIDAD.** — Schreiber ha propuesto la electricidad para provocar las contracciones en el parto artificial ; pero este medio, muy doloroso y con frecuencia ineficaz, no ha dado resultados á P. Dubois, quien lo ha rechazado de su práctica. Simpson, por las mismas razones, se ha declarado tambien contrario á su uso.

**TAPONAMIENTO VAGINAL.** — Este procedimiento, propuesto por Schöeller, es muy doloroso para la mujer ; falta de frecuencia, y en los casos en que es eficaz obra con suma lentitud. En una observacion no terminó el parto hasta los diez y siete dias.

**ACIDO CARBÓNICO.** — Scanzoni ha propuesto las fumigaciones de ácido carbónico, proyectadas sobre el cuello uterino, puesto al descubierto mediante el espéculum. Dor, discípulo suyo, que se ha encargado de elogiar el procedimiento, sólo cita dos casos felices, y se ve obligado á confesar resultados funestos en mucho mayor número.

**CORNEZUELO DE CENTENO.** — Este medio, empleado por Bongiovani, Trivellini, Ramsbotham, Paterson y algunos otros no da resultados evidentes más que cuando el parto está empezado. En general se considera este agente como incapaz de determinarlo, á menos de emplear dosis enormes y continuadas durante varios dias. Es en extremo peligroso para el feto, toda vez que en veintiseis casos no obtuvo Ramsbotham más que doce niños vivos, de los que, segun parece, sólo cuatro vivieron más de treinta y seis horas. Es un procedimiento que hay que des-  
terrar de la práctica.

¡A Hüter se le ocurrió la idea ridícula de introducir en la vagina, una vejiga que contuviera un cocimiento de cornezuelo de centeno!

**EXCITACION DE LAS MAMAS.** — Friederich, contando con las simpatías que existen entre el útero y las mammas, aplicó á los pechos vejigatorios y ventosas, con lo que solo consiguió producir dolor á la mujer. Scanzoni, igualmente, empleó las ventosas.

---

(1) Hemos tenido ocasion de ver en Madrid un dilatador compuesto de seis varillas de hierro. El cirujano que lo posee, Sr. D. Francisco Pozuelo, lo considera de gran utilidad para abreviar el periodo de dilatacion en el parto normal y para facilitar la intervencion en muchos casos de distocia, como, por ejemplo, en la metrorragia. No podemos emitir nuestras opiniones á *posteriori*, porque no lo hemos ensayado.

(N. de los T.)



**FRICCIONES SOBRE EL HIPOGASTRIO.** — Preconizadas por Reis, Dautrepoint y Ritgen, son ineficaces para provocar el parto. Todo lo más que se les puede conceder es que sean buenas para reanimar las contracciones cuando el parto camina Perezosamente.

**DEL REGIMEN DEBILITANTE, PROPUESTO PARA DISMINUIR EL VOLUMEN DEL FETO.**

Algunos autores, con objeto de disminuir los riesgos que presenta el parto en los casos de estrechez pelviana, han tratado de rebajar el volumen del feto de tiempo, sometiendo á la madre, desde los tres primeros meses del embarazo, á un plan debilitante, constituido por una alimentacion insuficiente, empleo de purgantes y sangrías repetidas.

Se citan algunos casos de buen éxito obtenidos con este bárbaro tratamiento, pero los fracasos aparecerían en mucho mayor número si se los sacara á luz con tanta solicitud como se hace con los otros. ¿No se ven con frecuencia mujeres aniquiladas por enfermedades crónicas, por vómitos pertinaces que detienen casi por completo la nutricion, dar nacimiento á niños voluminosos y robustos, mientras otras mujeres de mejor salud y constitucion, paren niños débiles y enfermizos?

Moreau, uno de los pocos partidarios de este régimen, conviniendo en la realidad de los hechos anteriores, sólo cita un caso en confirmacion de su eficacia. No es improbable admitir que las coincidencias tomen una parte activa en el buen éxito, porque el volumen de las criaturas no es siempre el mismo en todos los embarazos de una mujer. Admitiendo que la disminucion de este volumen sea debida al régimen en los casos que publican sus adictos, lo cierto es que no se puede contar siempre con este resultado. Ritter, que lo aprueba, sólo refiere dos casos, y los dos fetos sucumbieron á consecuencia de las dificultades de la extraccion. Velpeau, que rechaza con Stoltz, P. Dubois, Cazeaux, Chailly y casi todos los prácticos modernos esta extraña terapéutica, refiere una observacion en que dió un resultado negativo.

En presencia de tal incertidumbre en el resultado, ¿debemos someter á una mujer al terrible suplicio del hambre durante cinco ó seis meses, como todavía en la actualidad quiere Depaul, prodigarle las sangrías y correr el riesgo de ver arruinada su salud en el presente, y comprometida para el porvenir? ¿Debemos excitar el fanatismo materno haciéndole concebir unas esperanzas que pueden ser fallidas? De ningun modo; porque el papel del médico consiste en calmar el dolor y no en hacerlo sentir inútilmente. No debe emplear en sus enfermos los tratamientos que se negaría á aplicar á los seres predilectos de su corazon. Ninguno querría someter á su mujer ó á su hija, durante varios meses, á las terribles angustias de la inanicion, cuando puede encontrar en la provocacion del parto un recurso más cierto, infinitamente

menos cruel y mucho menos peligroso que el régimen debilitante.

En los tiempos en que no se había aceptado en Francia el parto prematuro artificial, tenían alguna excusa los comadrones que sometían á sus clientes á las eventualidades de semejante régimen; pero en el día el profesor que lo emplease merecería con justicia el calificativo de inhumano.

#### ABORTO PROVOCADO.

El aborto provocado con el fin de salvar á la madre ha levantado una viva oposicion por parte de los médicos casuistas, lo mismo que ocurrió con el empleo del cefalotribo. No insistiré en lo que dejo dicho respecto á este asunto en la embriotomía. Finizio, con motivo de un parto prematuro artificial que se vió obligado á practicar por una estrechez de la pelvis en su clínica tocológica de Nápoles, fué objeto de comentarios malévolos en los periódicos no científicos de aquella ciudad. A fin de poner á cubierto su responsabilidad moral, llevó la cuestion ante la autoridad eclesiástica, quien la remitió á la Santa Sede. La penitenciaría sagrada aprobó la provocacion del parto cuando el feto es viable, pero nada decidió, al parecer de intento, acerca del aborto quirúrgico.

Careciendo, pues, de las luces modernas de la autoridad eclesiástica, nos vemos obligados á atenernos sólo á las decisiones de las autoridades científicas, que por mi parte acepto de la manera más absoluta.

En la discusion que acerca de este asunto tuvo lugar en la Academia de Medicina de Paris en 1852, cuantos oradores hicieron uso de la palabra reconocieron la legitimidad y la necesidad de provocar el aborto en casos determinados. Uno sólo habló en contra, y ese no era comadron, como lo demostró en sus argumentos. Fué Begin.

Admitido el principio, hay necesidad de someter á reglas su aplicacion.

Para que el empleo de este recurso se encuentre justificado, es indispensable que existan motivos muy graves, esto es, que la vida de la mujer se encuentre en gran riesgo, porque en los casos de aborto provocado no podemos contar con obtener un niño vivo. La Academia no se ocupó más que de las *estrecheces pelvianas inferiores á 65 milímetros*, que no permiten esperar la expulsion de un niño viable mediante el parto prematuro, y los *vómitos incoercibles* (véase este capítulo); pero existen otras causas, tan imperiosas como éstas, que requieren la operacion. Se halla indicada igualmente en los casos de *tumores de la cavidad pelviana*, que no pueden ser operados ni movilizados y que por su volumen obren á la manera de las estreces inferiores á 65 milímetros.

La *retroversion irreductible del útero grávido* es tambien un

accidente que puede exigir el aborto. Los casos de mujeres muertas por esta causa son bastante numerosos para que no vacilemos en acudir á la operacion. Ramberger, Craninx, Deleurye, Døveren, P. Dubois, Grenser, Hunter, Linn, Reid, Reinik, Welter Wall, Vilmer, Viricel, etc., citan ejemplos de ello. Es excesivamente raro que este accidente exista en la época de viabilidad del feto, pues las observaciones se refieren á los primeros meses del embarazo. (Véase *Retroversion uterina*.)

La provocaciou del aborto se ha practicado en estas circunstancias por Baynham, Crannix, Delaharpe, Dewees, P. Dubois, Hamilton, Jourel, Ramsbotham, Stoltz, Velpéau, Viranus, Viricel, etc.

Es muy poco probable que la eclampsia, la metrorragia y las demas afecciones que exigen el parto prematuro indiquen la deplecion del útero antes de la época de viabilidad del feto.

*No debe intentarse la provocacion del aborto sino despues de haberse aprobado en junta con otros compañeros.* — Esta es una regla absoluta, que no consiente excepcion alguna. Como la operacion no es urgente, hay tiempo para prepararse de antemano, y el práctico que pretendiera sustraerse á esta obligacion y asumiera tan grave responsabilidad, no tendría razon para lamentarse despues, si algun procedimiento judicial venía á perturbar su tranquilidad y la de los suyos.

Es conveniente no ejecutarla hasta pasado el cuarto mes del embarazo, para evitar las graves complicaciones que resultan de la adherencia muy íntima de la placenta en este período.

*Procedimientos operatorios.* — Son los mismos que en el parto prematuro. La esponja preparada merece la preferencia, porque las duchas son pocos eficaces en los primeros meses del embarazo. La retroversion del útero presenta, sin embargo, una indicacion especial por estar á veces inaccesible el cuello: en este caso habrá que emplear la puncion del huevo á traves de la pared del útero, procurando penetrar por el punto más próximo posible de la region cervical. Dicha puncion la haremos por la vagina y no por el recto.

*Sustancias abortivas.* — Pocas palabras diré de los agentes farmacológicos que tienen adquirida cierta reputacion en la historia del aborto criminal, como el tejo, la ruda y la sabina.

Cierto es que por efecto de la intoxicacion producida por estas sustancias puede verificarse el aborto; pero nada demuestra que tengan una accion especial y localizada en el útero. Los demas agentes tóxicos, determinando vómitos violentos, convulsiones y gran perturbacion en el sistema nervioso, darían lugar probablemente á los mismos efectos. Hélie (de Nantes) en una Memoria bien hecha acerca de la accion tóxica de la ruda, cita tres observaciones de aborto y parto prematuro producidos por este vegetal. Pero las mujeres de que se trata experimentaron síntomas generales gravísimos, y en una de ellas la muerte pa-

reció inevitable. Es muy difícil en tales circunstancias sentar conclusiones precisas, bajo el punto de vista que nos ocupa.

Para tener el derecho de afirmar la accion de estos modificadores en la contractilidad uterina, habría que administrarlos á dosis medicamentosas en los casos de inercia de la matriz durante el parto. Posible es que se haya hecho y que los resultados negativos sean la causa del silencio que guardan los autores. Más decimos ; aunque produjera este efecto no podríamos asegurar las propiedades abortivas de la ruda, porque el cornezuelo de centeno, que es un excitante poderoso de la contractilidad uterina, no puede considerarse como capaz de producir el aborto.

De todo lo cual se deduce que estas sustancias tienen una reputacion mal adquirida, que no son abortivas, y sí unos verdaderos venenos.

## RESUMEN.

### Parto prematuro artificial. — Aborto provocado.

**Parto prematuro artificial.** Tiene por objeto la expulsion de la criatura en una época en que sea viable, anterior al término normal del embarazo. — Diferénciase del aborto provocado en que éste hace salir al feto en una edad en que no es viable. — Antes de operar necesita el profesor poner á cubierto su responsabilidad, celebrando una junta. — **INDICACIONES.** — *Estrecheces de la pelvis.* — Hay que determinar, con la mayor exactitud posible, la época del embarazo y el grado de la estrechez. — Los límites de la operacion están comprendidos entre los 85 y 65 milímetros de estrechez. — La época oportuna se encuentra entre estos dos límites. — Hay que calcular la coincidencia del volumen de la cabeza con el grado de la estrechez. — En las estrecheces de 65 milímetros se provocará el parto á los siete meses. — Si es de 70 milímetros, á los siete y medio meses. — Si de 80 milímetros, á los ocho meses. — Si de 85, á los ocho y medio. — El ser primeriza la mujer no contraindica la operacion. — *Tumores.* — Cuando son irreducibles ó inoperables, presentan las mismas indicaciones que los vicios de conformacion. — *Metrorragia.* — Se emplean en esta circunstancia los procedimientos más rápidos. — *Vómitos incoercibles.* — Esta causa exige la provocacion del parto cuando la madre corre peligro de muerte, pero no se debe esperar demasiado. — La muerte del feto es una contraindication. — *Eclampsia.* — Las opiniones están divididas respecto á la oportunidad de esta operacion en la eclampsia. — Yo creo que se debe ejecutar por las razones siguientes : 1.<sup>a</sup> porque el feto corre peligro por efecto de las convulsiones de la madre y debe socorrérsele ; 2.<sup>a</sup> aunque el alumbramiento no salva siempre á la mujer, el ataque cesa muy á menudo despues de la expulsion del feto ; 3.<sup>a</sup> porque la opera-

cion no agrava la situacion de la madre ; 4.<sup>a</sup> porque los demas recursos son menos eficaces. — *Uremia*. — Las indicaciones son las mismas que en la eclampsia. — *Muerte prematura del feto en los embarazos anteriores*. — La decision en este caso se encomienda á la prudencia del práctico y á la voluntad de la interesada. — *Hidropesía del amnios* ; se interviene cuando la distension exagerada del abdomen amenaza sofocar á la mujer. — *Enfermedades diversas*. — Las que por la preñez reciben una agravacion peligrosa para la madre, como las enfermedades del corazon y de los grandes vasos, la tuberculosis avanzada y el anasarca. — **PROCEDIMIENTOS OPERATORIOS**. — La *esponja preparada* es el procedimiento más seguro y menos peligroso. La modificacion que he introducido en ella hace su aplicacion muy sencilla. — *Duchas uterinas*. — Dan bastante buenos resultados, pero ofrecen algunos peligros. — *Inyecciones intra-uterinas*. — Obran desprendiendo las membranas. Son poco empleadas. — *Dilatador de Barnes*. — Tiene la circunstancia especial de participar algo del parto forzado, de cuyos peligros carece. — *Dilatador de Tarnier*. — Tiene el inconveniente de necesitar un instrumento particular, sin presentar ventajas sobre la esponja. — Los procedimientos que acabo de enumerar son los únicos que merecen un lugar en la práctica, pues los que siguen son más ó menos eficaces y presentan inconvenientes ó peligros. — *Rotura de las membranas*. — Desprendimiento de las membranas. — *Dilatador de Busch*. — *Electricidad*. — *Taponamiento vaginal*. — *Duchas de ácido carbónico*. — *Cornezuelo de centeno*. — *Excitacion de las mamas*. — *Fricciones sobre el hipogastrio*.

**RÉGIMEN DEBILITANTE COMO MEDIO DE DISMINUIR EL VOLUMEN DEL FETO**. — Con este objeto han propuesto algunos someter á la mujer á sangrías repetidas, á purgas y á una alimentacion insuficiente. — Debe rechazarse de un modo absoluto este tratamiento bárbaro, cuya eficacia es imposible demostrar. — En el parto prematuro artificial tenemos un recurso menos cruel, más seguro y menos peligroso.

**Aborto provocado**. Para que esté justificada esta operacion es necesario que exista un peligro grande para la madre, toda vez que no hay esperanza de salvar á la criatura. — Está indicada en las estrecheces de la pelvis inferiores á 65 milímetros. En los casos de tumores pelvianos irreducibles que no dejen una extension mayor que la anterior para el paso del niño. — En las retroversiones del útero que no se puedan reducir. — Existen numerosas observaciones de mujeres que han sucumbido á consecuencia de la retroversion. — Las demas afecciones que reclaman el parto prematuro, casi nunca exigen la deplecion del útero antes de la época de viabilidad del feto. — En cuanto sea posible, hay que abstenerse de operar antes del cuarto mes, á causa de los accidentes que produce la adherencia muy



íntima de la placenta al útero. — Jamas se debe provocar el parto sin haber celebrado una detenida junta con otros profesores. — El procedimiento que se debe emplear es el de la esponja preparada, porque los otros tienen menos eficacia. — En los casos de retroversion, en que el cuello está inaccesible, hay que recurrir á la puncion del útero por la vagina. — Las drogas llamadas abortivas obran como venenos, conmoviendo violentamente al organismo ; pero al parecer no tienen accion especial sobre la contractilidad de la matriz.

## RESULTADO COMPARATIVO

### DE LAS OPERACIONES.

Me ha parecido que el único medio capaz de ilustrar al práctico acerca de las ventajas ó peligros que presentan comparativamente las distintas operaciones tocológicas, consiste en agrupar en un solo cuadro los resultados que presentan bajo el punto de vista de la mortalidad.

Hasta ahora se ha carecido de una base segura para justipreciarlas, porque la opinion, indecisa, obedecía alternativamente á las predilecciones individuales de los maestros encargados de dirigirla, los que no pueden, por mucha que sea su experiencia, tomar de su práctica personal elementos de conviccion en número suficiente. De aquí resulta que la obstetricia operatoria, que constituye la parte más importante del arte de los partos, no se encuentra dirigida por doctrinas exactas ; y privados los autores de una base firme, aprecian de muy diferente modo unos hechos que se han juzgado teniendo en cuenta un número muy reducido de ellos.

Se ha dicho que en estadística era necesario, no sólo contar los casos, sino ademas clasificarlos por series, á fin de agrupar aquellos que presentan entre sí una semejanza característica. Esto es cierto cuando se ejecuta con un corto número de observaciones ; pero cuando se las cuenta por millares llega á ser impracticable este procedimiento. En muchas faltan los detalles, y añadiré que, como cada caso de distocia está constituido por circunstancias muy variadas, habría que multiplicar hasta el infinito los grupos de hechos idénticos. Es, pues, impracticable este proceder estadístico cuando se trata de grandes series de casos ; y respecto á las pequeñas series, no dan un resultado que se imponga á la opinion y son insuficientes para constituir autoridad.

He recurrido, por lo tanto, á un procedimiento más práctico y que se aproxima más á la exactitud ; he reunido masas de hechos, cuyos detalles se pierden en el conjunto, y he extraído el término medio, que puede considerarse como muy aproximado á la realidad.

### Cuadro comparativo de la mortalidad causada por las diversas operaciones.

OPERACIONES.	Proporcion de la mortalidad para la madre. Por 100.	Proporcion de la mortalidad para el feto. Por 100.	Proporcion general. Por 100.
Version.....	8,0	52,3	30,1
Forceps.....	4,9	23,0	13,8
Aparato de traccion y tracciones á dos con el forceps.	21,6	64,8	43,2
Cefalotripsia.....	30,4	100,0	65,0
Gancho agudo.....	17,6	100,0	59,0
Forceps-sierra.....	21,3	100,0	60,6
Sinfisiotomía.....	40,0	69,0	51,5
Operacion cesárea.....	57,0	33,5	45,0
Parto prematuro artificial...	4,7	47,8	21,3

Algunas explicaciones son necesarias para determinar el valor exacto de estas cifras. Ya he indicado, en los diferentes capítulos relativos á las operaciones, los motivos que hacen atenuar el significado de algunas de ellas.

En un primer grupo se encuentran el forceps y la version, que pueden aplicarse en las mismas circunstancias. Hemos dicho, á propósito de la version, que la mortalidad para el feto era menos considerable en la práctica francesa que en Inglaterra y Alemania; pero á pesar de esta atenuacion parcial, siempre resulta de una manera indiscutible que el empleo del forceps es una operacion menos mortífera que la version. Se debe, pues, preferir el instrumento en todos los casos que sea posible elegir.

El paralelo establecido entre el cefalotribo y los aparatos de traccion, que constituyen el grupo siguiente, hace resaltar una ventaja considerable de la fuerza mecánica sobre la embriotomía. Sin embargo, debo hacer observar que el número de casos en que se ha empleado una fuerza enérgica es muy limitado, y, por consiguiente, no basta para que la cuestion quede juzgada definitivamente.

Los resultados que se han obtenido por la aplicacion del gancho agudo parecen más ventajosos que los del cefalotribo; pero hay que notar que en Inglaterra se abusa demasiado de los ganchos, pues se los emplea con frecuencia en casos que en nuestra opinion no se necesitan, por bastar una aplicacion del forceps. Es evidente que si la madre en estas circunstancias no es herida por el gancho, se encuentra en una situacion mucho más favorable que la de las mujeres que sufren en Francia la cefalotripsia.

El número de casos relativos al forceps-sierra es muy limitado, y confieso que me ha sorprendido mucho la elevada proporcion que da en la mortalidad un instrumento cuya accion inofensiva para la madre me parece debía producirla menor, en razon á su modo de obrar, muy análogo al del forceps comun.

Sólo para recuerdo he consignado la sinfisiotomía, porque los datos que poseemos acerca de esta operacion son poco numerosos y muy incompletos. Además se ha demostrado que se empleó varias veces sin necesidad, lo que disminuye la proporcion verdadera de sus reveses; y, por otra parte, algunas de las mujeres operadas, y que se encuentran entre los casos felices, conservaron dolencias temporales ó incurables.

Otro tanto diré de la operacion cesárea. La cifra no es exacta más que en lo que se refiere á la mortalidad de los niños, pues ya hemos dicho que nos falta mucho para conocer todos los casos desgraciados, que aumentarían en una proporcion indeterminable el número de las madres muertas.

En resumen, los documentos que pueden servir de base exacta á la opinion, recaen sobre las operaciones que se practican con más frecuencia: version, forceps, cefalotripsia y parto prematuro artificial. Los resultados que arrojan estas distintas operaciones permiten al práctico darse cuenta de las ventajas é inconvenientes que presentan. Los aparatos de traccion constituyen un recurso demasiado nuevo para que yo tenga el derecho de considerar como definitivas las ventajas que hasta ahora deben hacerlos preferir á la cefalotripsia.

---

---

## LIBRO SEPTIMO

# PATOLOGÍA

---

Considerando en su conjunto los estados patológicos dependientes de la gestacion y los que se manifiestan despues del parto, me veo conducido á referirlos á dos grupos principales y perfectamente distintos, que sirven de base á la division que ha de establecerse entre las enfermedades de la preñez y las del puerperio.

El estado puerperal debe considerarse, á mi parecer, desde el momento de la concepcion hasta el fin del puerperio ; pudiendo prolongarse en las mujeres que crían hasta el término de la lactancia.

1.º Durante la preñez caracterizan el cuadro los desarreglos de la inervacion, cuyos rasgos comunes son presentarse espontáneamente, desaparecer del mismo modo, á veces sólo despues del alumbramiento, y manifestarse rebeldes á los medios curativos que se emplean con éxito en las circunstancias ordinarias.

Los trastornos funcionales, con frecuencia de suma gravedad, que sobrevienen bajo esta influencia, presentan ademas el carácter notable de no ir acompañados, en la inmensa mayoría de los casos, de ninguna de las lesiones anatómicas que se observan fuera del estado puerperal.

Se pueden incluir entre las neurosis del embarazo : las dispepsias, los vómitos, la diarrea, la tos nerviosa, las parálisis, las convulsiones y las lesiones de secrecion.

Estas manifestaciones morbosas constituyen el fondo de la patología del embarazo, y algunas de ellas se presentan con tal frecuencia, que ha motivado el que se las considere como simples signos de la preñez cuando no pasan de ciertos límites. En ocasiones se la ve alternar y sustituirse durante un tiempo más ó menos largo.

Es casi inútil decir que la gestacion de ningun modo pone á la mujer á cubierto de las afecciones que se adquieren fuera de este

estado, y que se manifiestan por síntomas absolutamente idénticos, por lo que el diagnóstico diferencial no siempre es fácil de establecer desde luego ; pero el práctico posee una piedra de toque bastante fiel, que es el empleo de un tratamiento racional, que da buenos resultados cuando la enfermedad no es dependiente del embarazo.

Al lado de este grupo importante de las neurosis se observan á veces algunas manifestaciones morbosas que examinaremos del mismo modo ; pero que son más raras y de una importancia muy secundaria.

2.º Durante el puerperio, las enfermedades graves que sobrevienen tienen por carácter comun la purulencia. La más temible de ellas es la fiebre puerperal, cuya manifestacion más comun es la metroperitonitis ; pero al lado de esta forma morbosa existen flebitis, supuraciones ováricas, pelvianas, etc., que están bajo la dependencia inmediata del estado puerperal, y por esta razon no participo de la opinion de los autores que las colocan aparte de la fiebre puerperal. Estas afecciones, que tienen un origen comun, podrían reunirse bajo el nombre de *puerperitis*.

Ademas de este grupo principal se observan estados morbosos menos graves y que no tienen relacion con las flegmasías que acabamos de indicar.

Los caracteres tan marcados que separan las enfermedades del embarazo de las del puerperio, establecen de un modo claro la division que ha de presidir á su estudio, por lo cual los examinaremos en dos capítulos especiales.

Describiré en la primera seccion de este estudio las afecciones que pueden manifestarse durante la preñez y el parto.

## PATOLOGÍA DE LA PREÑEZ.

Acabamos de ver que las afecciones más comunes que se desarrollan por la gestacion pertenecen á la familia de las neurosis. Su importancia varía dentro de límites muy extensos, pues unas son disposiciones sencillas, que no merecen más que una simple mencion ó una descripcion rápida, y otras adquieren á veces una gravedad suma, pudiendo comprometer la existencia de la madre y de la criatura. Estas serán descritas con todos los detalles necesarios.

### VÓMITOS.

Son tan comunes los vómitos durante la gestacion, que han llegado á figurar entre los signos de la preñez. Por lo regular constituyen una simple incomodidad ; pero en algunos casos raros se hacen incesantes, y se reproducen al punto que la mujer ingiere la menor cantidad de líquido ó de alimentos sólidos. A los de esta última forma se les ha dado el nombre de *incoercibles*,



impropiamente, porque los vómitos ligeros son igualmente incoercibles, puesto que resisten del mismo modo al tratamiento que se les opone; pero no hay un gran interés en cambiar esta denominación generalmente aceptada.

La division que se ha establecido de los vómitos en graves y leves es artificial; se trata de una misma afeccion, cuyas manifestaciones extremas están unidas por una multitud de gradaciones intermedias. Sólo bajo el punto de vista del tratamiento se presenta una indicacion especial, cuando la vida de la mujer se encuentra amenazada.

**SÍNTOMAS.** — La época de la primera aparicion de los vómitos es variable. A veces se presentan desde el principio del embarazo, y con mayor frecuencia hácia el tercer mes; duran algunas semanas, y despues desaparecen más ó menos por completo para reproducirse hácia el fin de la preñez. Bajo este concepto no hay nada fijo, y las manifestaciones son del todo individuales. Hay mujeres que se ven libres de ellos enteramente, lo cual es bastante raro; y otras, por el contrario, están atormentadas de un modo intermitente ó continuo durante todo el embarazo.

Se los ve presentarse por la mañana, despues de las comidas y en sus intervalos. Con frecuencia son del todo indolentes y fatigan poco á las mujeres; pero en otras ocasiones producen dolores muy vivos, en razon á los violentos esfuerzos que los acompañan.

Los vómitos son generalmente precedidos de un período prodrómico, que empieza por una disminucion del apetito con deseo de alimentos sápidos; despues sobrevienen las náuseas, y aparecen, finalmente, los vómitos. Los materiales expulsados son filamentosos y viscosos; en un grado más adelantado son devueltos los alimentos, y, por último, cuando los esfuerzos son violentos y repetidos, son productos biliosos.

En los casos en que la forma de la afeccion es de mediana intensidad, no se presenta modificado de una manera apreciable el estado general de la mujer: no se observa nunca fiebre, hay poco enflaquecimiento, y una vez pasado el ataque, no parece haberse resentido la salud. Una salivacion muy fatigosa puede acompañar á los vómitos. Un caso de éstos he observado en mi práctica en una señora que había presentado el mismo fenómeno en una preñez anterior, que terminó por un aborto espontáneo. Igualmente puede verse á la enfermedad coincidir ó alternar con una diarrea serosa.

En una forma más grave de la enfermedad los vómitos son casi continuos, y en algunos casos se presentan mezclados con algo de sangre. La ingestion de la cantidad más pequeña de líquido ó de alimentos duplica su intensidad. En este caso, si no sobreviene una remision espontánea que permita á la nutricion levantar el organismo, cae la mujer en un estado *caquéctico* que puede terminar por la muerte. P. Dubois lo ha dividido en tres períodos.

*Primer periodo.*—Empieza á manifestarse el enflaquecimiento; sobreviene un disgusto invencible hácia los alimentos; la sed es viva con frecuencia, y la enferma sufre el suplicio de no poder satisfacerla so pena de ver presentarse las arcadas. Algunos alimentos son tolerados en ocasiones; pero entonces se observan esos caprichos del estómago del gastralgico, que conserva sustancias poco nutritivas ó indigestas y se niega á retener otras cuya asimilacion es fácil. Existen dolores epigástricos que se exasperan á la presion. La enferma puede estar privada del sueño por la persistencia de los vómitos durante la noche. Esta falta de descanso es una causa debilitante que se agrega á la insuficiencia de los alimentos. La enfermedad puede corregirse espon-táneamente y no pasar á un grado más grave.

*Segundo periodo.*— Los síntomas se agravan, y la fiebre, que antes hacía algunas raras apariciones, se presenta con más regularidad, aumentando, sobre todo, por la tarde, y dando la arteria de 110 á 130 pulsaciones. Los vómitos son casi incesantes; sus productos, ácidos, escaldan al pasar la boca de la paciente. El enflaquecimiento hace notables progresos, las enfermas están postradas, sin fuerzas y en un estado de sufrimiento y ansiedad insoportables. El aliento adquiere una fetidez intensa; pero este importante carácter lo he visto faltar en tres enfermas. La lengua se seca y se cubre de capas fuliginosas. Los dolores epigástricos son vivos, y á veces los acompaña la cefalalgia. Las mujeres están inmóviles en la cama, con las piernas encogidas y en un estado de postracion que las vuelve insensibles á cuanto pasa alrededor suyo.

*Tercer periodo.*— Se observan alucinaciones y trastornos en la vision. Sobrevienen accidentes cerebrales y síncope; el pulso se presenta pequeño, frecuente y depresible. Los vómitos se detienen á veces, pero persisten el hipo, las náuseas y los esfuerzos. Hay subdelirio, aumenta la acidez del aliento y la mujer sucumbe pronto por inanicion en un verdadero estado comatoso.

*CAUSAS.*— No han faltado las hipótesis respecto á las causas de los vómitos puerperales; pero hay pocas que merezcan ni siquiera ser citadas. La causa esencial y evidente es el embarazo, y la prueba irrefutable de ello es que la enfermedad desaparece al punto que muere el feto ó es expulsado. Ahora, que se trate de explicar los fenómenos por las simpatías que existen entre el útero y el estómago, es una hipótesis que se puede aceptar, pero que no aclara nada.

Se han atribuido á la inflamacion del tejido uterino, la cual está del todo por demostrar; á ulceraciones del cuello, que á más de faltar á menudo se las observa sin existir vómitos, siendo estas úlceras bastante frecuentes durante la preñez; á la inflamacion de las membranas del huevo, igualmente hipotética; finalmente, á un estado de hiperestesia del cuello, cuya existencia costaría trabajo probar.

Más vale, en vez de dar explicaciones tan discutibles, confesar nuestra ignorancia acerca de la causa íntima por la cual algunas mujeres embarazadas no tienen vómitos, mientras otras se encuentran agobiadas por ellos.

A pesar de mi repugnancia hacia las hipótesis de esta naturaleza, voy á proponer, sin concederle mucha importancia, una explicacion que me parece menos mala que las anteriores. Sabemos que los sufrimientos del peritoneo se revelan ordinariamente por vómitos. Los cambios que en su extension experimenta esta membrana, los estirones que resultan de su ampliacion por efecto del desarrollo de la matriz, me parecen una causa bastante probable de los vómitos. La pared abdominal resiste ó cede á la distension de un modo muy diferente en las diversas mujeres; ¿no podría suceder lo mismo al peritoneo? Esto explicaría la falta ó la persistencia de los vómitos segun las mujeres.

La retroversion uterina durante el embarazo es una causa bastante activa de vómitos, los cuales cesan cuando se verifica la reduccion del órgano.

DIAGNÓSTICO. — Hay que tener en cuenta que la mujer embarazada no se encuentra á cubierto de las enfermedades que determinan vómitos. Es, por lo tanto, necesario, una vez reconocido el embarazo, explorar los antecedentes de la enferma y estudiar las coincidencias morbosas que puedan existir.

PRONÓSTICO. — En la inmensa mayoría de los casos los vómitos de la preñez constituyen una simple incomodidad que se soporta fácilmente; pero en ocasiones adquieren una intensidad tan poderosa que influyen en el estado general. En casos, por fortuna raros, toda vez que Cazeaux discutía su realidad, pueden llegar á ser tan graves que produzcan la muerte de la enferma.

Los casos graves recogidos por Deblet, Fabre y Guéniot ascienden á 121, de los cuales 49 han terminado por la muerte. La curacion se ha observado 72 veces; 41 despues del aborto espontáneo ó provocado y 31 con persistencia del embarazo. El pronóstico es, pues, grave para la madre cuando los vómitos llegan á ser continuos é impiden que se verifique la nutricion.

Pudiera creerse que el feto había de sufrir tanto como la madre por esta privacion de alimentos, pero nada de esto sucede, y lo más comun es que cuando la mujer resiste á la enfermedad, el volumen y aspecto del niño pruebau que su desarrollo no ha sido notablemente modificado.

La muerte del feto ó su expulsion hacen cesar inmediatamente los vómitos más graves; sin embargo, se ha visto seguir al alumbramiento una terminacion funesta cuando el estado de aniquilamiento de la madre no ha permitido al organismo reparar sus pérdidas.

TRATAMIENTO. — El número de agentes preconizados para

el tratamiento de los vómitos incoercibles es considerable, y pocos de ellos merecen ser tomados en consideracion. Los buenos resultados parciales que se les han atribuido pueden depender perfectamente de simples coincidencias, toda vez que no es raro ver curarse la enfermedad de un modo espontáneo, aún en los casos graves. Enumeraré, sin embargo, estos medios de tratamiento, sobre todo para proporcionar á los prácticos una serie de recursos destinados á sostener la paciencia de las enfermas, que á toda costa desean que se intente aliviarlas.

En la forma leve se empieza el tratamiento por el regimen alimenticio. A veces se consigue alejar los vómitos, cambiando las horas de las comidas, tomándolas menos copiosas y con mayor frecuencia, estudiando para apartarlos, qué alimentos tolera el estómago con más dificultad. Las aguas gaseosas pueden aconsejarse como de alguna utilidad. Estos medios, necesario es decirlo, son un pobre recurso, y sus resultados favorables son raros.

Se han aconsejado los viajes, los cambios de clima y tambien los antiflojísticos. No necesito decir la influencia funesta que pueden tener las sangrías en un organismo postrado. Además, es un tratamiento irracional, que la naturaleza de la enfermedad no justifica. Podrán utilizarse los revulsivos á la region epigástrica, vejigatorios morfinados, sinapismos ó ventosas.

Fougueux cita cinco casos de buen éxito, obtenido mediante el uso combinado de vomitivos y purgantes.

Tambien se ha alabado el subnitrito de bismuto á altas dosis, la pocion de Riverio, las bebidas gaseosas, los narcóticos. Simpson ha empleado las *inhalaciones* de láudano! Stackler el óxido negro de mercurio; Bretonneau las fricciones al epigastrio con la pomada de belladona; Danyau las fricciones sobre el cuello uterino con el extracto de belladona. La tintura de iodo al interior ha sido recomendada por Eulenberg, á la dosis de 3 gotas al dia. L. Corvisart y Gros han recurrido con éxito á la pepsina; en un caso en que yo la había asociado á otros agentes me dió buen resultado, y en otro fracasó por completo. Los alcohólicos y el *Champagne* parecen haber sido útiles alguna vez. El hielo es ciertamente uno de los anti-eméticos más seguros que se pueden emplear, y, sin embargo, rara vez es útil.

Yo creo que es necesario emplear al mismo tiempo los agentes en que se pueden fundar algunas esperanzas, en vez de usarlos sucesiva y aisladamente.

Hé aquí el tratamiento que empleo, y no lo presento porque me dió buen resultado una vez, puesto que me falló la segunda, sino porque reúne en una accion comun agentes que no se excluyen y que poseen cierta energía.

Fuí llamado en 1863 para visitar á una señora, en La Chapelle, que había llegado al tercer mes de su segundo embarazo. En el primero, el aborto espontáneo había puesto fin á unos vómi-

tos tenaces, incesantes, y á un ptialismo muy intenso. La segunda preñez se presentó en condiciones idénticas; y cuando fuí llamado, los vómitos y la salivacion persistían sin descanso hacía seis semanas. Esta señora, que deseaba vivamente ser madre, temía se verificase el aborto. Las bebidas y los alimentos eran expulsados inmediatamente despues de su ingestion, y el enfraquecimiento había hecho rápidos progresos. Dispuse, pues: 1.º el hielo machacado para tomar una cucharada de las de sopa cada diez minutos: el hielo administrado de este modo se funde en el estómago y obra con mucha mayor energía que cuando se introducen pedacitos en la boca; 2.º un extenso sinapismo cada dia en la region epigástrica; 3.º diez perlas de éter de Clertan en las veinticuatro horas; 4.º seis pastillas de pepsina y otro tanto de diastasa. Como alimento, leche y caldo, frios.

No puedo decir la parte que corresponde en la curacion á cada uno de estos medicamentos; pero al cuarto dia los vómitos habían perdido su intensidad lo suficiente para que el estómago conservase las sopas frias. Al octavo dia de tratamiento desaparecieron para siempre los vómitos y el ptialismo, y la gestacion terminó con felicidad, en la época ordinaria.

En otro caso la misma medicacion no dió ningun resultado; bien es verdad que la enferma estaba ya aniquilada.

En fin, cuando el peligro es inminente hay que recurrir al aborto ó al parto prematuro artificial, con objeto de salvar la vida de la madre. Los resultados que se obtienen por este medio son indiscutibles; pero no hay que esperar á que la mujer se encuentre extenuada y haya perdido la reaccion vital necesaria para la reparacion de las fuerzas, porque en este caso sucumbe, no á consecuencia de los vómitos sino de la inanicion. Por mi parte, siempre me recriminaré haber sido la causa indirecta de la muerte de una mujer para quien el Dr. Demarle me había llamado en consulta, por haber permanecido en una expectacion muy prolongada. Es verdad que se trataba de un aborto; pero si hubiese operado antes, quizás se hubiera salvado la madre.

He propuesto la puncion capilar del huevo y la inyeccion de un alcaloide para dar muerte al feto en los casos de preñeces extra-uterinas. Este procedimiento es aplicable á los vómitos incoercibles cuando el estado de la mujer hace temer que no pueda soportar los esfuerzos del parto. Muerto el feto, los accidentes se detienen y la enferma queda en disposicion de recobrar algo de fuerza hasta el momento expulsivo, que puede hacerse esperar cierto tiempo. He querido emplear este procedimiento en la mujer de que acabo de hablar, pero ha fracasado, ó más bien no ha podido aplicarse, á causa de lo débil del trócar capilar que había hecho construir, el cual se ha doblado en el tejido del cuello uterino, y he tenido que recurrir á la esponja preparada. Siempre vacila algo cuando uno asume la responsabilidad de una tentativa nueva. Si me hubiese atrevido á seguir el precepto que



yo había sido el primero en formular y que Friedreich ha puesto por obra con éxito, esto es, el de atravesar la pared abdominal, no hubiera fracasado en la empresa. Pero esto ha sido de poca importancia en este caso particular, toda vez que la enferma pudo abortar y no falleció hasta veinte dias despues.

#### DIARREA.

La diarrea es un accidente de la preñez muchísimo más raro que los vómitos, viéndose algunas veces alternar ó coincidir las dos indisposiciones. Por lo comun la mujer no se debilita, porque generalmente la diarrea es pasajera y de corta duracion. Sin embargo, en 1855 fuí llamado por una partera á visitar á una pobre enferma, en la calle de Gregorio de Tours, que padecía una diarrea incesante hacía varios meses, que había sucedido á unos vómitos y sumido á la mujer en un estado de gran debilidad. Los conmemorativos y los síntomas me hicieron diagnosticar una lesion funcional de naturaleza nerviosa desarrollada por el influjo de la gestacion. Hacia tiempo que se había desarrollado la fiebre; el pulso, pequeño y blando, se elevaba á 120 pulsaciones, y la fisonomía de la enferma era muy análoga á la de una mujer aniquilada por los vómitos.

El parto se había declarado antes de tiempo, y no hice nada para contenerlo esperando que pusiera término á aquella situacion peligrosa. No sucedió así: la paciente dió á luz un niño vivo, pero sucumbió al cabo de pocos dias. El tratamiento consecutivo no tuvo accion ninguna sobre aquel organismo tan profundamente alterado.

La diarrea del embarazo es, por lo comun, poco dolorosa; los dolores de vientre pueden faltar, y la fiebre no se enciende sino en circunstancias completamente excepcionales, como en el caso que acabo de citar. La brusca aparicion de las evacuaciones, su alternativa con los vómitos, la falta de fenómenos generales permiten diagnosticar con bastante facilidad la diarrea que depende de la gestacion, de la que reconoce una causa inflamatoria.

El tratamiento se convierte tambien en elemento de diagnóstico, porque la diarrea comun cede con rapidez á las lavativas laudanizadas, que modifican poco las evacuaciones dependientes del estado de embarazo.

Las cámaras, en general, son claras y mucosas, y en ocasiones biliosas, negruzcas y de una extremada fetidez.

Cuando la diarrea amenaza la vida de la madre, me parece aceptable el proponer la cuestion del parto prematuro.

#### ASTRICCION DE VIENTRE.

El estreñimiento es muy frecuente en las mujeres embarazadas. Algunos autores lo han atribuido á la compresion del intes-

tino por el útero distendido; pero creo que debe atribuirse, sencillamente, á un estado nervioso del intestino. La astricción puede determinar cefáleas que es bueno evitar. También es posible que el bolo fecal endurecido sirva de obstáculo, por su volumen, al paso de la criatura.

Esta indisposición se combatirá con purgantes ligeros ó cuartas partes de lavativa adicionadas con 40 gramos de sal gris.

La astricción alterna en ocasiones con la diarrea, pero las evacuaciones líquidas no prueban en manera alguna que el intestino no esté ocupado por una porcion de materias fecales, porque muchas veces se forma una especie de conducto que da paso á los materiales líquidos, mientras los endurecidos no se mueven de su sitio. Cuando son insuficientes los evacuantes, se desocupa el intestino recto de un modo mecánico, empleando una cucharilla á propósito para este objeto.

#### GASTRALGIA.

Las diferentes manifestaciones de la gastralgia se presentan con frecuencia en el transcurso del embarazo, pero es bastante difícil determinar si la afección se encuentra bajo la dependencia inmediata de la preñez. En este caso, el tratamiento es una piedra de toque, aunque poco sensible en razon de la tenacidad grandísima que á menudo presenta la gastralgia en las circunstancias ordinarias.

El tratamiento consiste en la aplicacion de revulsivos á la region epigástrica. Pueden administrarse tambien con utilidad los opiados.

#### PICA, MALACIA.

La perversion del gusto, que impulsa á las mujeres á comer creta, carbon y otras sustancias poco asimilables, es excesivamente rara. En tal caso, no se pueden oponer á este apetito depravado más que consejos, que rara vez son seguidos.

#### SÍNCOPE.

Los síncope no son frecuentes durante el curso del embarazo. Se manifiestan á veces cuando la mujer siente los primeros movimientos de la criatura, y son más comunes en las mujeres nerviosas ó enfermizas que en las demas. Empiezan por algo de malestar, por un sudor repentino, al que sigue zumbido de oidos, perdiendo el conocimiento de un modo más ó menos completo, y durante un espacio de tiempo variable entre algunos minutos y más de una hora. En algunos casos, los síncope repiten varias veces durante el parto, y es una circunstancia grave para el feto, cuya circulacion puede alterarse.

El síncope es un accidente de poca gravedad para la madre, y las terminaciones fatales que se han consignado en estas circunstancias han dependido probablemente de causas más graves, como una embolia ó una lesion del corazon.

La posicion horizontal es la primera indicacion que hay que llenar para combatir el síncope, y en seguida se recurre á las aspersiones de líquidos frios sobre el rostro y á las fricciones enérgicas sobre los miembros. Se aflojarán los vestidos para favorecer el restablecimiento de la circulacion y de la respiracion.

#### PTIALISMO.

La salivacion que sobreviene por influjo de la preñez coexiste á veces con los vómitos, pero se manifiesta tambien como fenómeno aislado. Esta hipersecrecion, poco frecuente, se ha querido atribuir, sin motivo, á una inflamacion de las glándulas salivales. Hay que considerarla como un simple trastorno funcional dependiente de la inervacion.

El ptialismo es temporal; por lo comun se manifiesta en los primeros meses de la gestacion y desaparece al cabo de algunas semanas. Otras veces se le ha visto persistir durante todo el embarazo, y hasta un mes ó dos despues del alumbramiento. La cantidad de saliva expelida en las veinticuatro horas puede ser de varios litros. Este estado constituye una molestia muy penosa para la mujer, pero que no produce peligro. Las funciones digestivas se perturban cuando la hipersecrecion es muy intensa, pero no es una causa de debilidad que pueda comprometer la vida de la enferma.

Se han indicado una multitud de medios para detener la salivacion, casi todos sin valor alguno. Los gargarismos astringentes, el hielo y el clorato de potasa no poseen una accion eficaz, evidente, para que se pueda contar mucho con ella.

#### ANOREXIA.

Las mujeres embarazadas experimentan á menudo disgusto hácia los alimentos, sobre todo en los primeros meses de la gestacion. Manifiestan deseo de frutas y sustancias crudas, pero les repugna sobremanera la carne. Hay que ser indulgente con estos caprichos del estómago; porque, en resumen, vale más dejar comer á las enfermas alimentos poco nutritivos, que condenarlas á una dieta absoluta privándolas de lo que desean.

En ocasiones se puede administrar con ventaja un vomitivo ó un purgante. Algunos autores han manifestado el temor de que las sacudidas del vómito pueden causar el aborto; pero éste es un temor quimérico, toda vez que la mujer embarazada experimenta á veces vómitos violentísimos sin abortar por eso.

## TOS.

La tos nerviosa de las mujeres en cinta se manifiesta de preferencia en los primeros meses ó hácia el fin de la preñez, teniendo por caracter el ser seca, á golpes, en ocasiones incesante y muy fatigosa, sobre todo por la noche. Puede desaparecer al cabo de cierto tiempo espontánea y definitivamente, ó volver en distintas veces. Cuando se presenta hácia el fin del embarazo dura por lo comun hasta el parto.

Los resultados de la exploracion estetoscópica son negativos. No se percibe ningun extertor en el pecho: la expectoracion es nula ó se compone de una pequeñísima cantidad de moco transparente.

Esta indisposicion no puede, pues, confundirse con la bronquitis y demas afecciones del pecho. Sin embargo, es á veces bastante difícil distinguirla de la tos nerviosa que sobreviene en la mujer fuera del estado de gestacion. Su resistencia al tratamiento adecuado permite sobre todo precisar el diagnóstico.

No recordaré las numerosas hipótesis emitidas para explicar la causa de esta tos. La única razon que se puede alegar es el estado de preñez, pero ignoramos por completo el fenómeno íntimo de su desarrollo.

Cuando la tos es fuerte é incesante, la madre experimenta una gran fatiga por la privacion del sueño y pérdida del apetito que sobreviene, pero no corre riesgo de consideracion. Se ha dicho que el pronóstico era más grave para el niño y que el aborto podía sobrevenir por efecto de las sacudidas del diafragma.

El tratamiento, por lo comun es ineficaz: los medios racionales á que se debe recurrir son: los sinapismos en la espalda y en el pecho, las preparaciones opiadas, los cigarrillos ó la tintura de belladona; pero no hay que tener una gran confianza en su eficacia.

## NEURALGIAS.

Las neuralgias son bastantes frecuentes durante el embarazo, y no se diferencian de las que se observan en estado de vacuidad uterina, más que por su tenacidad y rebeldía á los tratamientos que se emplean.

Estas neuralgias, que unas veces son continuas y otras se presentan por accesos, pueden ocupar regiones muy variadas; siendo lo más comun observarlas en la cabeza y fijándose en uno ó varios ramos del quinto par (trigémino).

He observado un caso de neuralgia intercostal, en el lado derecho, continua con exacerbaciones, en una señora jóven que experimentó dolores atroces durante las seis últimas semanas del embarazo. A veces el dolor pasaba momentáneamente al

lado izquierdo para volver pronto á su sitio primitivo. Empleé inútilmente, con objeto de aliviar á la enferma, los revulsivos más enérgicos, los opiados y las inyecciones subcutáneas con la atropina; finalmente le hice absorber todos los días 10 centigramos de morfina, por medio de tres fontículos que le abrí por incision, siguiendo el trayecto del nervio afectado. Estas cantidades de morfina apenas atenuaban los sufrimientos insoportables de la pobre enferma, quien manifestaba mucho valor. La neuralgia cesó espontáneamente al día siguiente del parto.

## COREA.

Morler ha reunido y analizado 21 casos de corea en mujeres embarazadas, cuyos temperamentos eran bastante distintos para no poderlos considerar como causa de la enfermedad. La edad de las enfermas era en general poco avanzada, pues la más joven tenía diez y siete años, y la mayor, veinticuatro. La madre de una de ellas había sido atacada de eclampsia en todos sus partos, y más tarde se volvió cataléptica. Es el único caso en que se ha podido apelar á la herencia.

Cinco de aquellas mujeres eran ya coréicas antes de quedarse embarazadas, por lo cual es necesario eliminarlas de los casos en que se ha considerado á la preñez como causa principal de la enfermedad. Entre las 21 coréicas, 14 eran primerizas, seis se encontraban en el segundo embarazo y una en el tercero. En ocho casos la enfermedad se había desarrollado por el influjo de una emoci3n, y en uno fué consecutiva á una sangría.

El principio del corea se verificó al segundo mes en siete casos; al tercero y al cuarto en ocho. En general la intensidad del mal ha sido bastante debil. De las 21 enfermas, cuatro abortaron y tres parieron prematuramente sin motivo apreciable.

En tres casos cesaron los accidentes despues del aborto; en nueve, en el curso de la gestacion, y en cinco desaparecieron espontáneamente despues del alumbramiento.

En cinco casos persistió el corea despues del parto, y sería interesante saber si esta particularidad fué relativa precisamente á las cinco enfermas que eran coréicas con anterioridad á la preñez. Se puede sospechar así, pero el autor no lo indica.

Es difícil no admitir que la gestacion haya sido la causa esencial de la enfermedad en la mayor parte de los casos que acabamos de consignar.

Hecker refiere la observacion de una mujer embarazada que, en el séptimo mes, fué acometida de accidentes coreiformes, limitados á los brazos y partes superiores del cuerpo y caracterizados por ataques. Desaparecieron al cabo de nueve días y se manifestaron de nuevo durante el parto, para desaparecer definitivamente despues del alumbramiento. Existía tambien en este caso, sin duda alguna, íntima relacion entre la preñez y los accidentes nerviosos.



## ALBUMINURIA. — UREMIA.

## Eclampsia. — Parálisis.

Estas diferentes denominaciones se aplican á la causa y á los síntomas de un mismo estado patológico, cuyo estudio debe hacerse en un mismo capítulo.

## ALBUMINURIA.

La albuminuria está caracterizada por la presencia de albúmina en las orinas; la uremia ó acúmulo anormal de urea en la sangre se verifica como efecto del trastorno de la funcion renal.

Esta lesion secretoria de los riñones puede dar nacimiento á dos grupos de síntomas diferentes, á saber: unos de forma convulsiva, eclampsia; otros, de forma paralítica.

La importancia que Wilson quiso dar á la presencia de la urea en la sangre, como causa inmediata de estos accidentes, ha sido enérgicamente controvertida. Dice Fournier que Bright, Christison, O. Rees y Frerichs han observado que algunas albuminúricas; cuya sangre contenía una gran proporcion de urea, no han presentado ninguno de los síntomas de la intoxicacion urémica. Gallois ha inyectado grandes cantidades de urea en la sangre de los animales, sin que se hayan manifestado fenómenos nerviosos.

Frerichs ha sustituido la hipótesis de Wilson con otra, que consiste en admitir que los accidentes urémicos son debidos á la transformacion de la urea (compuesto muy poco estable) contenida en la sangre, en carbonato de amoniaco, como se verifica á veces en la vejiga. Este hecho no parece imposible, pero es muy difícil demostrar su realidad, porque C. Bernad ha establecido que el carbonato amónico existe normalmente en la sangre. Frerichs apoya su doctrina experimentalmente en inyecciones de carbonato de amoniaco, practicadas en las venas de perros, los que han presentado fenómenos de coma y convulsiones. C. Bernard, operando del mismo modo, ha demostrado que en corta cantidad no producía nada el carbonato de amoniaco, y empleándolas mayores, el animal lanza gritos, experimenta una viva agitacion, pero no sucumbe. Este sabio fisiólogo considera, pues, impotente al carbonato amónico para producir los accidentes atribuidos á la uremia. Fournier es de la misma opinion.

Fritz ha emitido la hipótesis de que la urea acumulada en la sangre es eliminada por la mucosa intestinal; en este sitio se transforma en carbonato de amoniaco, y despues de haber determinado lesiones múltiples, es reabsorbida por el sistema circulatorio.

Schottin atribuye los accidentes nerviosos al acúmulo de materias extractivas en la circulacion.

Thudichum cree que los fenómenos urémicos son debidos á la retencion en la sangre del urochromo, materia colorante de la orina, que se descompone en uropittina y ácido omichólico.

Finalmente, Traube admite que la sangre alterada perturba los nervios vaso-motores y determina convulsiones ó coma.

Segun se ve, falta mucho para que exista conformidad acerca de la influencia de la uremia en los accidentes nerviosos que hemos indicado ; pero éste es un punto teórico de muy poca importancia para el clínico. Lo que domina la cuestion es la presencia de albúmina en las orinas y la disminucion de su proporcion normal en la sangre, cuyo líquido se encuentra naturalmente alterado en su composicion, por lo cual la uremia no es más que una consecuencia secundaria, subordinada al hecho principal. Esta denominacion sirve de vínculo al conjunto de síntomas nerviosos que se encuentran en la albuminuria, y por este motivo la conservamos.

**Causas de la albuminuria puerperal.** Imbert-Gourbeire y algunos otros autores han considerado esta lesion secretoria como el efecto de la alteracion de los riñones descrita por Bright. Si fuera del estado puerperal es esta opinion exacta, no lo es del todo durante el embarazo, porque con mucha frecuencia dejan de encontrarse lesiones de los riñones en la autopsia de mujeres que han sucumbido á consecuencia de accidentes urémicos. En la inmensa mayoría de los casos existe una simple hiperhemia renal producida por un trastorno en la circulacion del órgano, sin más alteracion. Añadiré que la curacion espontánea y á menudo tan rápida de esta enfermedad despues del alumbramiento no permite creer en la existencia de una alteracion orgánica, casi incurable.

La nefritis albuminosa anterior al embarazo puede naturalmente coexistir con él, y más adelante citaré un caso de mi práctica ; pero esta coincidencia es rarísima, y en estas condiciones la enfermedad prosigue su marcha con rapidez por adquirir mayor gravedad en el estado puerperal.

La uremia de las mujeres embarazadas, por consiguiente, puede originarse por el influjo sólo de este estado.

Se ha tratado de explicar esta disposicion morbosa por condiciones especiales resultantes del embarazo. Se ha dicho, por ejemplo, que el útero al desarrollarse comprimía las venas renales, y entorpeciendo su circulacion, producía en los riñones un estado congestivo que se revelaba por orinas albuminosas. La resistencia de las paredes abdominales constituiría una predisposicion muy marcada para esta lesion, razon por la que los accidentes urémicos serían más frecuentes en las primíparas.

No pretendo negar esta causa ; pero haré notar, sin embargo, que la uremia es muy rara y que la compresion de las venas emulgentes es constante en todos los embarazos. Se necesita, pues, agregar á esta disposicion alguna causa especial, que se escape á nuestra inteligencia.

La misma objecion haré á la opinion emitida por Gubler, quien ve una causa de albuminuria en el aumento de albúmina que existe normalmente en la sangre de las mujeres embarazadas, destinado á la nutricion del feto. Pero es un hecho demasiado general para explicar por él los casos de uremia, tan raros.

Nada diré de los experimentos que consisten en inyectar albúmina en la sangre, en practicar la ligadura de las emulgentes ó en alimentar con albúmina los animales destinados á la experimentacion con objeto de obtener orinas albuminosas, porque los resultados que de ellos se obtengan no pueden aplicarse al estado de las mujeres urémicas, por la razon de que jamás han estado sometidas á semejantes tentativas. La fisiología experimental proporciona datos preciosos en ocasiones, pero hay que tener mucho cuidado para no forzar las consecuencias de un modo tan poco aceptable.

Depaul ha puesto en duda la relacion íntima que existe entre los accidentes urémicos y la albuminuria, pretendiendo que en algunos casos se presentaba la eclampsia en mujeres que no tenían las orinas albuminosas, citando en apoyo de su opinion cinco observaciones, de las cuales sólo una le es personal. Este modo de ver es insostenible; aun admitiendo, lo que en manera alguna está probado en sus cinco observaciones, que el examen de las orinas se haya hecho bien, para lo cual es necesario á veces tomar precauciones bastante minuciosas, estos casos aislados, á los que se pueden añadir otros tres pertenecientes á Trousseau, Piedagnel y Messinger, no pueden echar abajo la regla establecida por numerosos autores, fundada en casos en extremo frecuentes, de que los accidentes urémicos son el resultado de la albuminuria.

Depaul, en apoyo de la tesis que sustenta, apela á otro argumento tan discutible como el anterior. Recuerda que entre 41 mujeres albuminúricas examinadas por Blot, tan sólo 7 padecieron ataques de eclampsia, aunque la proporcion de albúmina fué bastante considerable en algunas de las que se libraron de las convulsiones. Está establecido que en la mayor parte de ellas la proporcion era bastante corta, y que, por el contrario, se manifestó constantemente elevada en las eclampsias. Esto prueba sencillamente, y nadie lo niega, que todas las mujeres albuminúricas no están fatalmente condenadas á la eclampsia, y que algunas de ellas ofrecen mayor resistencia á la intoxicacion.

Lo mismo sucede en la enfermedad de Bright; todos los enfermos no presentan accidentes urémicos. Frerichs en su estadística, entre los 241 fallecidos por esta causa, sólo indica 25 en que la muerte fué producida inmediatamente por la uremia. En el dia nadie puede negar la relacion de causa á efecto que existe entre la enfermedad de Bright y la uremia.

Análogas excepciones se observan despues de la administracion de medicamentos. Ciertos individuos experimentan efectos

violentos con dosis pequeñas, y, por el contrario, existen otros en quienes dosis elevadas de la misma sustancia no producen fenómeno alguno apreciable.

Se ha considerado como causa de albuminuria el temperamento sanguíneo, linfático-sanguíneo, etc.; pero éstas son vulgaridades que no merecen que nos detengamos en ellas.

Una causa predisponente muy activa es el estado de primicia, porque en las dos terceras partes próximamente de los casos observados, las mujeres se encontraban embarazadas por primera vez.

Hay que recordar que la nefritis escarlatínosa pone albuminosa las orinas, y que igualmente se encuentra albúmina en las orinas de los tifoideos, en el cólera y en la mayor parte de las enfermedades del riñon que desarreglan sus funciones.

Si el estudio de las causas de la albuminuria no tiene toda la precision que fuera de desear, por lo menos existe conformidad acerca del hecho de que la alteracion de la sangre por la disminucion de la cantidad de albúmina que normalmente contiene y por el exceso de urea, es la causa de los accidentes que se manifiestan.

**Diagnóstico.** Suele ser lo más comun no examinar las orinas para completar el diagnóstico hasta el momento de la aparicion de los formidables síntomas causados por la uremia. En la mitad próximamente de los casos existen infiltraciones del tejido celular, generales ó parciales, en este último caso limitadas á los miembros, al tronco, á la cara, ó bien derrames en las cavidades serosas. Cuando la cefalalgia, la epigastralgia y los desarreglos sensoriales se manifiestan, está ya la enferma en el período prodrómico de los accidentes urémicos. Cuando el profesor se resuelve á analizar las orinas, los datos que obtiene son de la mayor importancia.

Consignaremos como fenómenos muy secundarios el que la cantidad de orina excretada en las veinticuatro horas está algo disminuida, que su color amarillo de paja no presenta nada característico y que en el momento de la miccion se forma espuma en la superficie del líquido.

La presencia de la albúmina se descubre en la orina, con dos reactivos: el calor y el ácido nítrico.

Se extrae la orina de la vejiga mediante una algalia para evitar su mezcla con los líquidos de la vagina. Se la recoge en un tubo de ensayo y se calienta hasta la ebullicion. El líquido se enturbia y deja pronto depositarse un precipitado coposo, que es la albúmina. En la práctica no siempre se tiene á mano un tubo de ensayo, en cuyo caso se opera en una vasija cualquiera, que pueda ponerse al fuego, y se vierte en seguida el contenido en una copa.

El coágulo es insoluble en el ácido nítrico. La sosa y la potasa cáustica verifican su disolucion.

Las orinas albuminosas casi siempre son ácidas, pero en el caso en que presentarán reaccion alcalina, lo que se puede observar con el papel de tornasol, se las acidularía con algunas gotas de ácido nítrico para evitar el error que produce la precipitación de sales terrosas que acontece en estas condiciones. Por lo demás, este precipitado se distingue por su pulverulencia del formado por la albúmina, que es coposo. El ácido fosfórico libre, contenido á veces en la orina, es un obstáculo á la coagulacion, por el calor, de la albúmina existente. Algunas gotas de ácido nítrico bastan igualmente para destruir esta propiedad.

Cuando se emplea el ácido nítrico como reactivo, se le deja caer gota á gota sobre la orina que se está examinando, y el coágulo albuminoso se manifiesta como cuando se recurre al calor.

Enfriadas las orinas que contienen muchos uratos, se enturbian pronto y dejan depositarse una parte de estas sales. Cuando se las calienta, se aclaran; y entonces el ácido nítrico no las envía, pero si se eleva la temperatura hasta la ebullicion no se enturbia y depositan el precipitado albuminoso.

En los casos dudosos es bueno recurrir sucesivamente al calor y al ácido nítrico, evitándose de este modo los errores que pueden tener lugar con cada uno de dichos procedimientos empleados exclusivamente.

Cuando en una enferma se ha comprobado la albuminuria se puede evitar hacerle sufrir diariamente la operacion del cateterismo. Para calcular las variaciones diarias que experimenta en su cantidad el producto morbozo, se opera sobre las orinas que se mandan conservar. Sólo hay que tener en cuenta que la que ocupa el fondo del vaso está más cargada de albúmina que la que se encuentra en las capas superiores del líquido, por lo que es preciso agitar primeramente la orina para que la albúmina se reparta por igual en toda la masa. Despues de haberla sometido á la ebullicion se la conserva en copas para establecer la comparacion diaria.

Tambien es en una copa donde se recibe la orina que se quiere examinar con el microscopio. Se espera á que esté bien reposada, y despues se la decanta para conservar únicamente las partes situadas en el fondo de la copa, que son las más cargadas de elementos característicos. Por supuesto que en este caso se opera sobre orina que no haya estado sometida previamente á los reactivos.

El examen microscópico de la orina albuminosa no suministra resultados muy importantes. En ella se encuentran glóbulos sanguíneos y laminillas de epiteliúm deformado. El elemento más característico está constituido por los que se llaman cilindros fibrinosos, que se parecen á tubos modelados en el interior de los conductos uriníferos, cuyo diámetro representan. Son transparentes ó de un tinte oscuro. El epiteliúm que los tapiza es normal, ó bien ha sufrido la degeneracion grasosa.



Se ha querido fundar en la presencia ó falta de estos tubos el diagnóstico diferencial entre la nefritis albuminosa, en la que se los observa ordinariamente, y la albuminuria puerperal sin alteracion de los riñones, que no los presentaría; pero los observadores no han llegado á ponerse de acuerdo en este punto, porque algunos pretenden haberlos encontrado en todos los casos. Por otra parte, se ven dichos cilindros en afecciones extrañas á la albuminuria.

**Pronóstico.** El pronóstico es siempre grave, por la razon de que la mujer albuminúrica está expuesta á la intoxicacion urémica y á sus funestas consecuencias. Es verdad que no están condenadas todas á padecerlas, pues entre 41 albuminúricas examinadas por Blot, sólo siete tuvieron ataques de eclampsia; pero como nada puede hacernos prever lo venidero, si alguna circunstancia permitiese al práctico comprobar durante el embarazo la presencia de la albúmina en las orinas, deberá prevenir á los interesados de la enferma respecto á las complicaciones que pueden sobrevenir.

No se sabe con certeza la accion de la albuminuria en la marcha de la preñez y en la vida del feto. Es probable que sólo en los casos graves se podría, ademas de la uremia, temer el aborto.

**Tratamiento.** Poco diré del tratamiento, porque la albuminuria puerperal casi constantemente se revela por los accidentes urémicos, que presentan indicaciones especiales. Se han preconizado las sangrías y los purgantes. Unicamente haré notar que uno de los peligros de tan grave estado depende de la desalbuminacion de la sangre, y que ese tratamiento daría por resultado la sustraccion de mayor cantidad de albúmina. La rareza de los casos no me permite afirmar si tal ó cual medicacion es eficaz, y en la ignorancia en que nos encontramos acerca de la causa íntima de aquella lesion secretoria, me parece la expectation el partido más prudente que podemos tomar.

**Terminaciones.** En gran número de casos la terminacion de la albuminuria es espontánea, ya antes, ya despues del parto, y es probable que á menudo desaparezca sin haber sospechado su existencia. Pero no siempre sucede lo mismo, y se ve sobrevenir la intoxicacion urémica con todas sus consecuencias, que vamos á examinar.

#### UREMIA.

Acabamos de exponer la causa antecedente de la uremia, es decir, la albuminuria. Nos quedan por examinar los fenómenos generales que se manifiestan entre la invasion de la enfermedad y la aparicion de los grandes accesos, eclampsia y parálisis, que resultan de la intoxicacion urémica, y que estudiaremos de una manera especial. Debo, sin embargo, hacer observar que, si por lo comun, las convulsiones y las parálisis se manifiestan por

separado, pueden presentarse tambien simultáneamente en una misma mujer.

La descripción de los síntomas siguientes puede, pues, considerarse como el período prodrómico de ambos estados. Este período, con frecuencia indicado con claridad, falta algunas veces ó es tan poco aparente que empieza por sorprendernos la manifestación de una ú otra forma del ataque urémico.

La enferma presenta un grupo de síntomas muy poco variables y que difieren, sobre todo, por su intensidad. Los enumeraremos por el orden de su frecuencia.

Sobreviene una cefalalgia muy intensa, rara vez general, ordinariamente limitada á un punto circunscrito, como el occipucio, un parietal, una elevación frontal, continua y muy tenaz, pudiendo presentar con todo algunas intermitencias. Va acompañada de vértigos y aturdimiento, que se manifiestan sobre todo al ejecutar movimientos. La inapetencia es completa.

Al mismo tiempo existen trastornos en la vision, que es ménos clara, sin lesiones apreciables por el oftalmoscopio. En cierto número de casos se presentan vómitos muy tenaces y frecuentes. A veces se observan epistaxis. La inteligencia está perezosa; la enferma absorta, apática. Puede presentarse subdelirio. Cuando se insiste en llamar la atención de la enferma, sus respuestas son lentas, al principio inteligentes, pero extraviándose pronto de nuevo su pensamiento. Puede observarse un ligero coma, sin parálisis, los ojos medio cerrados, el pulso tranquilo, la cara pálida, á veces hinchada por la infiltración. La respiración es tranquila y lenta, aunque se ha indicado un estado de disnea, que yo he observado. En un caso no existía ningún signo estetoscópico que revelara una lesión del aparato respiratorio, y la enferma se quejaba de dolores violentos bastante persistentes en los músculos de la espalda y del pecho. Estos dolores eran extraños á la disnea y no se aumentaban nada durante la respiración.

En algunos casos los desórdenes sensoriales están menos marcados, y la enferma únicamente se encuentra agitada, inquieta é irritable.

Cuando estos síntomas se han manifestado durante un tiempo más ó menos largo, se ven aparecer los accesos convulsivos ó los fenómenos paralíticos, cuya importancia exige que se estudien por separado.

#### ECLAMPSIA.

**Acceso convulsivo.** La cara es el sitio de las primeras manifestaciones convulsivas; la mirada está fija y el cuerpo inmóvil, sobreviniendo despues pequeños estremecimientos en los músculos de los párpados y de las alas de la nariz. Los demás músculos de la cara son invadidos sucesivamente por sacudidas convulsi-

vas, lo que da á la fisonomía un aspecto de gesticulacion horrible. El globo del ojo rueda en todos sentidos, y la pupila dilatada va finalmente á colocarse debajo del párpado superior. La boca está abierta y torcida, la cabeza inclinada hácia el lado de esta desviacion y la lengua proyectada hácia delante. Los músculos del tronco y de los miembros participan pronto de estas sacudidas violentas; los brazos se acercan al cuerpo en pronacion forzada; la mano se cierra sobre el pulgar doblado hácia la region palmar ó extendido entre el índice y el medio.

De pronto cambia la escena y la enferma presenta convulsiones tónicas, sobreviniendo un intervalo de inmovilidad, en que queda con la mirada fija y los movimientos de la cara apaciguados. En seguida se contraen los maseteros, cierran con violencia la boca, y cogida la lengua entre los arcos dentarios, sufre mordeduras que pueden repetirse en cada acceso. El tronco y la cabeza se tiran hácia atras, los miembros rígidos quedan inmóviles por las convulsiones tónicas y la respiracion se suspende.

Al cabo de algunos segundos la crisis entra en una nueva faz; reaparece la agitacion, las convulsiones se hacen clónicas, los miembros ejecutan movimientos desordenados y rápidos, de flexion y extension; los músculos de los párpados, de los labios y de la nariz están agitados de igual manera; la respiracion es trabajosa, precipitada y sibilante, saliendo por la boca de la mujer una espuma sanguinolenta; la cara está congestionada, azulada ó lívida, y la cabeza se balancea automáticamente de derecha á izquierda.

Las convulsiones pueden extenderse á los músculos de la vida orgánica, y el estómago, la vejiga y el intestino expulsan á veces los materiales que contienen. La laringe al contraerse espasmódicamente aumenta la dificultad de la respiracion. En ciertos casos se suspende la secrecion urinaria y la algalia no hace salir ningun líquido de la vejiga.

Al principio del absceso el pulso es duro y frecuente; cuando la crisis adquiere toda su intensidad, se vuelve apenas perceptible. La piel, al principio seca y ardiente, se cubre pronto de un sudor abundante que coincide con el fin del acceso.

A pesar de los desórdenes de la motilidad, la mujer echada de espaldas tiene poca tendencia á cambiar de lugar; á la inversa que las histéricas, cuyos bruscos cambios hacen su contencion tan difícil.

Mientras dura el acceso, están completamente abolidas las funciones sensoriales, y la enferma, tanto por los sentidos como por el pensamiento, se encuentra absolutamente separada de cuanto la rodea. No hay conformidad acerca del influjo que puedan tener las convulsiones sobre la contractilidad uterina; unas veces el acceso da principio en el momento de una contraccion, y otras no existe ninguna coincidencia entre los dos hechos. El trabajo del parto puede acelerarse y el esfuerzo uterino ser frecuente y

enérgico : pero tambien se observan casos en que la dilatacion tiene una marcha bastante lenta para permitir creer que no ha sido modificada en modo alguno por el ataque de eclampsia.

Los fenómenos convulsivos tienen una marcha rápidamente creciente. Llegados á su máximum de intensidad, disminuyen progresivamente con algo más de lentitud, pero no terminan de un modo brusco.

El primer acceso es generalmente corto y de mediana violencia ; pero á medida que se reproducen, se hacen por lo comun cada vez más graves, y su duracion aumenta de la misma manera. Empezando por ser de uno á dos minutos todo lo más, rara vez pasan de ocho ó diez, lo que es ya un término bastante largo, y se comprende con dificultad que la vida pueda prolongarse más, en medio de semejantes desórdenes funcionales.

El número de accesos es tan variable como el intervalo que los separa, toda vez que pudiendo no sobrevenir más que uno ó dos, separados por una distancia de varios dias, tambien pueden contarse cincuenta ó sesenta separados entre sí por algunos minutos.

**Estado de la enferma despues del acceso.** Terminado un primer acceso de eclampsia, la enferma se encuentra en un estado de estupor que no cesa sino progresivamente. Parece como si despertara de un sueño pesado, y no recobra por completo el conocimiento hasta pasado algun tiempo. Todo lo que ha ocurrido desde el principio del acceso falta en su memoria. Sólo se queja de experimentar un gran quebrantamiento.

Cuando los accesos repiten y se suceden con cortos intervalos, el entorpecimiento intelectual no desaparece del todo y acaba por transformarse en un verdadero coma, sin intermitencia. La inteligencia se encuentra completamente abolida, no siente ya la mujer las sensaciones físicas, y lo más que hace es manifestar por algo de agitacion el dolor que le causan las contracciones uterinas. Los miembros permanecen en resolucion. Este estado comatoso continúa en razon directa de la intensidad de los accesos, puede prolongarse varios dias despues del ataque y la enferma no recobra el pleno dominio de su razon hasta despues de haber pasado por un período de somnolencia. No es raro ver á la mujer conservar por mucho tiempo ciertos vacíos en su memoria, cuando ha sufrido accesos numerosos y violentos.

**Causas.** Como llevo dicho, la eclampsia es una consecuencia de la albuminuria y de la intoxicacion urémica. Omito, pues, la relacion de todas las hipótesis que se han indicado para esta enfermedad. Sin embargo, hay una causa determinante de la eclampsia que se ha observado varias veces y que se debe tener muy en cuenta ; á saber : una conmocion moral violenta. En ocasiones se ha visto presentarse el ataque en estas circunstancias, y es posible que á falta de esta causa la mujer albuminúrica y

hasta urémica hubiera atravesado los períodos del parto sin sufrir la eclampsia.

**Diagnóstico.** Cuando el práctico ha asistido al principio de la enfermedad y ha seguido su desarrollo, no presenta el diagnóstico dificultad alguna; pero como puede ser llamado de pronto, para determinar la naturaleza del mal, del que no observa más que de una de sus fases, vamos á examinar rápidamente las diferencias que separan la eclampsia de la epilepsia y del histerismo, únicas afecciones que pueden tener con ella alguna semejanza.

**EPILEPSIA.** — El ataque epiléptico es absolutamente semejante al de la eclampsia. La forma y los períodos de la convulsion son en todo idénticos. Las diferencias consisten: 1.º en los prodromos urémicos, que faltan en la epilepsia; 2.º en los antecedentes, porque la enferma epiléptica ha estado sujeta á ataques aislados en una época más ó menos remota; 3.º la eclampsia tiene accesos que se repiten con cortos intervalos, y en este caso se observa el coma; 4.º no existe jamas albúmina en la orina de las epilépticas. Saily no la ha encontrado una vez siquiera entre 136 análisis practicados en 30 enfermas. Se puede, pues, suponer con fundamento que los autores que han afirmado lo contrario han incurrido en error. Esta falta constante de albúmina en las epilépticas tiene su importancia bajo el punto de vista del diagnóstico diferencial.

**HISTERISMO.** — Las convulsiones son, sobre todo, clónicas; los músculos de la mujer no presentan las contracciones características de la eclampsia; se conservan las facultades intelectuales; la mano no queda cerrada con el pulgar doblado en la region palmar; la enferma forcejea, lleva las manos á su pecho y se arranca los vestidos: el tronco presenta una gran tendencia á cambiar de lugar, y sólo permanece en el mismo sitio por los esfuerzos vigorosos de los asistentes. Jamas se presenta la espuma en la boca. Lanza gritos agudos. Los datos que proporciona la familia de la enferma dan á conocer la existencia de ataques semejantes, que se han desarrollado con más ó menos frecuencia, y sobre todo á consecuencia de contrariedades. En los prodromos experimenta la mujer la sensacion del globo histerico. Muy rara vez se manifiesta el histerismo en los últimos tiempos de la preñez.

**Frecuencia.** La eclampsia es una afeccion algo más rara de lo que se ha dicho. Churchill ha consignado 373 casos entre un total de 228.010 partos, ó sea el 1 por 614.

**Pronóstico.** El pronóstico de la eclampsia es gravísimo, porque de los 373 casos referidos por Churchill han muerto 75 madres, lo que da una proporcion de 20,1 por 100.

Ciertas circunstancias influyen en la gravedad del pronóstico, tales como la época en que se manifiestan los accesos, su número é intensidad, y la cantidad de albúmina que contiene la orina.

Las convulsiones que se manifiestan en una época poco avan-



zada del embarazo ó en el principio del parto, sobre todo en las primíparas, tienen por lo general mayor gravedad que las que sobrevienen en el momento en que la dilatacion del orificio uterino está adelantada ó es completa.

La expulsion del feto da por resultado casi siempre la terminacion de los accesos. Todas las circunstancias que retardan dicha expulsion tienen como consecuencia exponer á la enferma á la repeticion de las convulsiones y agravan necesariamente el pronóstico.

Los comadrones no están acordes acerca del grado de gravedad de las convulsiones que empiezan despues del alumbramiento; pues unos las consideran como más fuertes y otros como menos peligrosas; pero yo creo que esta última opinion es la que más se acerca á la realidad.

Los accesos violentos que se repiten con intervalos cortos son, naturalmente, más graves que los que se manifiestan con caracteres opuestos; porque ademas de los desordenes funcionales que resultan de los accesos convulsivos, dan lugar á la formacion de derrames cerebrales y á lesiones suficientes para complicar la enfermedad.

La cantidad de albúmina que contienen las orinas tiene alguna importancia bajo el punto de vista del pronóstico, porque éste es más grave cuando el precipitado albuminoso es abundante, que cuando las orinas están poco cargadas de dicho principio.

Las consecuencias de la eclampsia son sumamente graves para la criatura, pues más de las dos terceras partes sucumben bajo su influencia. La muerte parece ser la consecuencia inmediata de la convulsion, porque las mujeres albuminúricas que paren sin presentar accesos convulsivos, dan á luz niños vivos, por lo comun. En algunas circunstancias parece evidente que la muerte de estos últimos reconoce por causa una verdadera intoxicacion urémica, que se verifica por la circulacion placentaria, toda vez que han sido expulsados niños muertos que presentaban contracciones manifestas, y otros que, habiendo nacido vivos, sucumbieron algunos dias despues á consecuencia de ataques convulsivos (1).

**Epoca de la aparicion de la eclampsia.** Las manifestaciones eclámpsicas son sumamente raras en los primeros meses del embarazo. Danyau, padre, observó un caso á la sexta semana en una jóven que presentaba síntomas de aborto. Los accesos, que eran repetidos y estaban separados entre sí por un período comatoso, no cesaron hasta que se practicó la extraccion del huevo. El mismo fenómeno se manifestó en igual forma en el embarazo siguiente.

Cazeaux cita el caso de una señora de Ferrara que en tres

---

(1) Recuérdese que no existen comunicaciones nerviosas entre el feto y su madre.  
(N. de los T).

preñeces sucesivas experimentó ataques de eclampsia, los cuales se reproducían periódicamente cada quince días durante toda la gestacion. Cazeaux parece dudar que se tratara de una eclampsia verdadera.

Chailly ha observado la eclampsia en una mujer embarazada de dos meses, en la que los accidentes desaparecieron despues de la expulsion del huevo. Depaul ha referido otro caso en el tercer mes. Yo he visto sobrevenir la eclampsia á los cuatro meses y medio, en una primèriza, y los accesos se manifestaban por sólo la pérdida del conocimiento durante algunos minutos. Dicha señora se caía, tenía algunas sacudidas convulsivas pequeñas y volvía en sí, presentando, al parecer, su inteligencia completa integridad. La existencia de albúmina en sus orinas y los síntomas que caracterizan el período prodrómico de la eclampsia estaban muy claramente marcados para que pudiese caber duda respecto al diagnóstico. Los accesos eran diarios, el feto sucumbió y no fué expulsado hasta quince días despues, en cuya época solamente cesaron los ataques.

La enfermedad es frecuente, sobre todo en los últimos tiempos de la gestacion y en el momento del parto. En los datos recogidos por Velpeau, de diferentes autores, los casos que tienen época conocida son en número de 180, que se distribuyen de la manera siguiente ; 56 durante el embarazo ; 77 durante el parto; 47 despues del alumbramiento. Yo creo que esta proporcion es inexacta, y que probablemente los autores han atribuido al alumbramiento algunos ataques, cuyo principio se había verificado durante el parto, porque se ha observado que los fenómenos eclámpsicos rara vez empiezan á manifestarse despues de la deplecion del órgano.

Braun, en 41 casos de eclampsia, ha consignado 12 en el embarazo, 21 en el parto y 8 despues de éste.

Es completamente excecpcional el presentarse la enfermedad transcurridos varios días despues del alumbramiento. Sólo se citan 2 casos : uno de Prestat, al cuarto dia, y el otro de Velpeau, al sexto. Los casos referidos por Baudelocque á los cuarenta y cinco días del parto, por Lump á los veintitres, y finalmente, por Alcántara á los treinta y tres días, ¿pertenecen verdaderamente á la eclampsia? Séanos permitido dudarlos.

**Anatomía patológica.** No existe ninguna lesion dependiente de la eclampsia de un modo directo é inevitable, fuera de la alteracion de los riñones, que se observa cuando la enfermedad depende del mal de Bright, lo que es raro durante el embarazo. La hiperhemia renal que á veces se observa, puede considerarse, segun P. Dubois, como un fenómeno secundario que resulta de la enfermedad y no como su causa.

Los caracteres patológicos que se comprueban en la autopsia son una consecuencia de los desórdenes de la circulacion que se verifican durante el período asfítico de los accesos. Estas lesio-

nes secundarias consisten en congestiones serosas y sanguíneas del cerebro ó focos apopléticos, las cuales no son constantes, encontrándose con frecuencia el cerebro en un estado completo de integridad anatómica.

En la uremia que resulta de una enfermedad de Bright, se han hallado lesiones intestinales caracterizadas por puntos reblandecidos, escaras ó ulceraciones del intestino, y que son asiento de una secreción mucosa abundante, de reacción alcalina; pero dichas lesiones no se han visto á consecuencia de la eclampsia puerperal.

**Tratamiento.** La eclampsia es una afección siempre idéntica á sí misma, y no hay que contar, como en la mayor parte de las enfermedades, con una multitud de circunstancias que hacen que un mismo estado morboso reclame el empleo de medicaciones diversas y hasta opuestas. Fuera de algunas diferencias poco importantes, la unidad de los síntomas de la eclampsia parece exigir un tratamiento único. Sin embargo, las opiniones tan contradictorias que se han emitido acerca de su eficacia, la inutilidad ó el peligro de las principales medicaciones empleadas, nos manifiestan todas las incertidumbres del arte sobre este punto de la cuestión, y experimentamos una verdadera perplejidad cuando queremos formular una opinión, aun después de haber desembarazado el camino de las trivialidades y puerilidades que lo dificultan.

Los tratamientos formales de la eclampsia son en número de tres, á saber: la depleción del útero, la anestesia y la sangría.

**DEPLECIÓN DEL ÚTERO.** — Los autores están unánimemente conformes en que la depleción del útero es el mejor medio para detener los accesos de eclampsia. Por consiguiente, la lógica nos conduce á considerar la provocación del parto como el tratamiento más eficaz. En efecto, ésta es la opinión de Velpeau y de Stoltz; pero debo decir que Moreau, P. Dubois y Cazeaux tienen diferente parecer. Al mismo tiempo que aconseja apresurar la terminación del parto, limitan la intervención quirúrgica al momento en que el orificio uterino se encuentra completamente dilatado por efecto de un trabajo espontáneo, y fundan su opinión en las razones siguientes: 1.<sup>a</sup> que la provocación del parto puede ser peligrosa y dar lugar á la repetición de los accesos; 2.<sup>a</sup> que á veces los accidentes convulsivos persisten después del alumbramiento; 3.<sup>a</sup> que los procedimientos operatorios obran con demasiada lentitud para detener á tiempo una enfermedad cuyos períodos se suceden con tal rapidez.

Estas objeciones son susceptibles de refutación, y espero demostrarlo:

1.<sup>o</sup> *La provocación del parto puede ser peligrosa y dar lugar á la repetición de los accidentes.* — Es cierto que si se intentara penetrar dentro del útero mediante el parto forzado, ayudado ó no por la incisión del orificio uterino, que es el que ha motivado

la objecion, se seguiría en efecto, una práctica peligrosa ; pero con los procedimientos de dilatacion que en la actualidad se emplean, los cuales excluyen toda idea de violencia, nos colocamos en circunstancias muy diferentes y mucho más favorables. Hasta ahora no se ha demostrado que las tentativas de dilatacion artificial multipliquen los accesos, y lo que yo he observado me inclina á creer que no exista en estas condiciones una relacion directa entre estos dos hechos.

2.<sup>o</sup> *Los accidentes convulsivos han persistido á veces despues del alumbramiento.* — Así sucede en algunos casos, pero con más frecuencia se observa lo contrario. Si el alumbramiento interrumpe la continuidad de la intoxicacion urémica, es evidente que en todos los casos no puede detener los efectos de dicha intoxicacion cuando ha llegado á un alto grado. La opinion general, que considera la expulsion del feto como el medio más eficaz de impedir la vuelta de los accesos, se funda en demasiados casos para que las excepciones puedan echar abajo el principio general. Los mismos adversarios se inclinan ante la evidencia cuando quieren que se aplique el forceps tan pronto como la abertura del orificio uterino permita su introduccion.

3.<sup>o</sup> *Los procedimientos operatorios obran con demasiada lentitud.* — Estos procedimientos obedecen á la mano que los emplea. Cuando el tiempo urge, es preciso saber sacar de ellos todas las ventajas que pueden dar, se vigila su accion y se aumenta su potencia antes de que se anule.

En 1857 fuí llamado por el Dr. Ruillon, calle de Geoffroy-Lasnier, para ver á una jóven primeriza, embarazada de ocho meses. Los abscesos de eclampsia eran frecuentes, existía un coma completo y la situacion era de las más graves. Los medios empleados (sangrías y antiespasmódicos) no habían producido resultado alguno. Dispuse un aparato para duchas uterinas con un clipso-bomba. Las duchas, dirigidas sobre el cuello, puesto al descubierto con el espéculum, se renovaban de hora en hora y cada vez se empleaba un cubo de agua fria. La primera ducha se practicó á medio dia y á las nueve de la noche había terminado el parto. La madre se salvó, el niño estaba muerto cuando fuí llamado. El ataque terminó inmediatamente despues del alumbramiento.

Hace tres años me avisaron para la calle de Reuilly los doctores Raynaud, tio y sobrino, para otra jóven, tambien primípara, en circunstancias identicas. El estado era tan grave, que uno de mis colegas que tomaba parte en la junta, opinó que toda intervencion sería inútil, respondiendo á mi proposicion de provocar el parto, que la enferma moriría antes de haber parido. Me quedé con los médicos de la paciente y apliqué el dilatador de Barnes, á las diez de la noche. A las cinco de la mañana había terminado el parto. El niño estaba muerto ya cuando nos reunimos en junta. La madre recobró el conocimiento al cabo

de tres días, pero sucumbió en treinta y seis horas á consecuencia de una pulmonía doble que sobrevino dos días despues. Los abscesos de eclampsia desaparecieron despues del alumbramiento.

En el mes de Octubre último recibí un aviso del Dr. Vivien, calle de Moreau, para ver á una señora atacada de amaurosis urémica. Decidimos, en union con Jacquemier, la necesidad de provocar el aborto. La señora estaba embarazada de cinco meses. Apliqué la esponja, como dejo indicado en el capítulo del parto prematuro artificial, á las cinco de la tarde, y el feto fué expulsado á las seis de la mañana siguiente.

Creo que en la mayor parte de los casos, cuando se recurra á la esponja preparada ó al dilatador de Barnes, que son, en mi concepto, los medios más expeditos, se conseguirá un parto rápido si se les emplea con una actividad suficiente, pero que no se aparte de las reglas de una prudente intervencion. Se puede apresurar el fin del parto, mediante una aplicacion de forceps, cuando el orificio uterino está dilatado por completo.

Como se ve, la objecion, fundada en la lentitud de accion de los agentes que se emplean para provocar el parto no tiene un valor absoluto, porque su refutacion depende en gran parte del cirujano. La provocacion del parto puede, pues, intentarse en favor de la madre, porque carece de inconvenientes claramente demostrados, y presenta ventajas, toda vez que el alumbramiento pone generalmente fin á las convulsiones.

Existe ademas otro motivo importantísimo para apelar á la intervencion quirúrgica, y es el interes hácia la criatura. Se sabe que las convulsiones eclámpsicas la matan antes de nacer, casi siempre, y debemos, por lo tanto, sustraerla á esta causa de muerte, provocando la terminacion rápida del parto.

En resumen, el parto provocado me parece digno de ocupar el primer lugar para combatir la eclampsia; pues las objeciones que se le han hecho no están suficientemente justificadas, ó han perdido el valor que podían tener hace treinta ó cuarenta años, á causa de la perfeccion que han adquirido los medios destinados á determinarlo. Por lo demas, éstos se pueden combinar con el uso de los anestésicos.

ANESTÉSICOS. — P. Dubois tenía poca confianza en el cloroformo como medio de tratar la eclampsia, y cierto número de prácticos renunciaron á emplearlo á consecuencia de resultados poco favorables. Depaul llega hasta declarar que ni la razon ni los hechos podían conducir al empleo de este medio.

Por otra parte, ha encontrado la anestesia partidarios ardientes muy convencidos de su utilidad. Chailly dice haber obtenido 18 curaciones en 19 casos. Chiari lo ha empleado con un éxito completo para la madre y para el hijo en 7 casos. Channing, en 10 casos, salvó 6 madres y 3 criaturas. Braun, en 18 observaciones, no consiguió ni un solo resultado adverso. Final-



mente, Maugenest cita un gran número de curaciones por los anestésicos.

Es, pues, evidente que el cloroformo atenúa ó pone á raya las convulsiones eclámpicas; impide la vuelta frecuente de los accesos ó suspende por completo sus manifestaciones. Con todo, yo creo que se le debe considerar únicamente como paliativo, que da tiempo para que la naturaleza verifique el alumbramiento; pero me parece difícil admitir que obre de un modo definitivo sobre la vuelta de los accesos; en una palabra, que ataque la esencia de la enfermedad. Es un recurso capaz de prestar grandes servicios cuando se manifiestan los accesos; en el momento del parto permite esperar su terminacion, disminuyendo en favor de la mujer y de la criatura la suma tan considerable de peligros á que se hallan expuestas. Es probable que la eficacia de la anestesia será muy poca ó nula en la eclampsia que sobreviene antes del término del embarazo. Quizás se consiga detener los accesos durante más ó menos tiempo, pero no se puede prevenir su reaparicion, la cual se evita de una manera mucho más segura con el alumbramiento.

Yo creo que la indicacion práctica más racional consiste en la combinacion del parto provocado y la anestesia.

Las estadísticas parciales que acabo de señalar son ciertamente muy favorables; pero sería de desear que un número de casos, mayor todavía, diese á conocer con más extension la relacion entre los favorables y los adversos, que puede resultar del empleo de la anestesia en el tratamiento de la eclampsia.

Horand, que considera al cloroformo como un verdadero específico de las convulsiones puerperales, quiere que se le emplee, no sólo al principio de los accesos, sino de un modo permanente; esto es, que la inhalacion continúe durante y despues del acceso, de modo que se sature á la enferma. El coma y la asfixia inminente no son para él contraindicaciones, porque la respiracion y la circulacion es estas circunstancias recobran su curso regular bajo la influencia de este agente.

SANGRÍAS.—Las sangrías se han prodigado desmedidamente en el tratamiento de la eclampsia, y todavía se las recomienda con bastante generalidad. No son estos motivos razones absolutas para creer en su eficacia. En tiempo de Broussais, los partidarios de la llamada doctrina fisiológica tambien las usaban, y el buen sentido médico ha luchado durante largo tiempo antes de reconocer la inutilidad y con frecuencia el peligro de esta práctica.

Los comadrones del último siglo consideraban la sangría general como si fuera un específico aplicable á casi todas las indisposiciones ó enfermedades del embarazo. La reaccion se ha verificado contra sus ideas, y, sin embargo, con arreglo á sus preceptos y citándolos sin violencia, la medicina moderna ha conservado la sangría en el tratamiento de la eclampsia.

La autoridad de los nombres no nos dispensa de examinar los hechos. Nuestros conocimientos fisiológicos se han modificado profundamente desde hace un siglo, y hay necesidad de someter á una revision detenida los resultados que tienen por base ciertos principios que hoy están reconocidos como enteramente erróneos.

Los antiguos veían en los accidentes eclámpsicos una manifestacion de la plétora. El estudio completamente moderno de las causas verdaderas de la eclampsia nos obliga á rechazar de un modo absoluto semejante concepto. Los fenómenos congestivos que dan á la cara de las mujeres atacadas de eclampsia un tinte azulado, no son debidos á la plétora, sino que resultan de un estado asfítico, determinado por un desórden profundo de la respiracion, independiente por completo de la plétora y de la anemia. No hay, pues, que tenerlos en cuenta bajo este punto de vista.

Lejos de estar pletóricas, las eclámpsicas padecen hidroemia en alto grado, como lo prueban los análisis de su sangre, los derrames y las infiltraciones serosas. La albuminuria va acompañada de una disminucion de los elementos sólidos de la sangre, y esta disposicion es todavía más marcada en las mujeres en cinta, que tienen este líquido empobrecido por el hecho de la funcion que están desempeñando.

Hé aquí, en verdad, un estado que justifica bastante mal el uso de las sangría, sobre todo cuando se sustraen 2.000 gramos de sangre en el espacio de cuatro horas, aun estando infiltrada la mujer, como hace Depaul.

Una de las consecuencias de la albuminuria es la disminucion de la cantidad normal de la albúmina que contiene la sangre, y las sangrías dan por resultado, sobre todo cuando se extrae la sangre en tal abundancia, sustraer de la circulacion una cantidad considerable de albúmina; por lo tanto, se aumenta uno de los peligros de la eclampsia, que consiste en la disminucion de dicha sustancia.

Finalmente, sea el que quiera el agente tóxico, urea, carbonato de amoniaco, urocroma ó materias extractivas, está admitido por todo el mundo que en la uremia existe un envenenamiento de la sangre. ¿Quién se atrevería, pues, en nuestra época, á considerar la vena abierta como una espita por donde sale el veneno? Desde la polémica experimental sostenida por Rognetta y Orfila en la escuela práctica, está juzgada la cuestion; la sangría en el envenenamiento, no sólo es un medio inútil para el enfermo, sino ademas un auxiliar á propósito para aumentar los estragos del daño.

Tales son los argumentos que la teoría, fundada en el examen fisiológico de los hechos, opone á la práctica de las sangrías generales.

¿Tiene razon el empirismo y gozan las sangrías de la eficacia

que les conceden sus partidarios? Lo ignoro, porque nos faltan los datos, y en una afeccion tan caprichosa, y que cesa á menudo espontáneamente, aun cuando no se le haya opuesto ningun tratamiento, no es posible formarse una conviccion sino despues de estadísticas regulares y que comprendan un gran número de casos. Por mi parte, los resultados que he visto obtenerse con las sangrías, en manera alguna me inclinan á aconsejarlas en esta enfermedad.

Swayne, en 11 eclámpicas tratadas por la sangría, ha salvado á 10 madres y á 7 hijos; Behm, en 20 casos, ha obtenido 17 curaciones. Estos resultados son ciertamente capaces de animar á cualquiera; pero, por otra parte, de Soyre ha registrado en la Clínica 26 casos de eclampsia tratados por las sangrías, en cuyo número se encuentran 12 muertas. En la Memoria de Liegard. que contiene 28 observaciones, se ve que las sangrías han sido inútiles en la mayor parte de los casos, y que los accesos se presentaron ó repitieron despues de la abertura de la vena,

P. Dubois, Moreau, Cazeaux, Jacquemier y Chailly se manifiestan partidarios de las sangrías moderadas; pero las consideran peligrosas si son abundantes. Esta es tambien la opinion de Tyler Smith, de Churchill y de casi todos los prácticos que admiten este tratamiento. Depaul es casi el único entre nosotros que se manifiesta partidario de las sangrías copiosas, pues él no vacila en sacar á las eclámpicas *dos mil gramos de sangre en algunas horas*. Ignoro si los resultados que obtiene son bastante favorables para justificar semejante atrevimiento, pero su ejemplo no ha sido, hasta ahora, muy contagioso. Por lo demas, esta práctica no es nueva, y se ha visto en Inglaterra á Denman extraer por la vena 1.250 gramos de sangre; Davis, 1.550, y Blondel, 1.850, y sin embargo, los prácticos de la Gran Bretaña han abandonado estas exageraciones y contenido el tratamiento dentro de límites más prudentes.

Si la sangría en la eclampsia tiene sus partidarios, tambien tiene enemigos. Trousseau la rechaza enteramente; Braun es del mismo parecer, y Horand la considera peligrosa para la madre y para la criatura.

Como se ve, los adversarios de la sangría son menos numerosos que sus adeptos. Pero éstos manifestaron su opinion cuando no estaba todavía bien conocida la naturaleza de las convulsiones urémicas. Es probable que si ahora fueran llamados á decidir, su parecer sería diferente.

Confieso que los resultados ventajosos de la sangría no me parecen suficientemente demostrados para que vacile en dar la preferencia al parto provocado y á los anestésicos.

TRATAMIENTOS DIVERSOS. — La incertidumbre del tratamiento curativo me ha hecho pasar en silencio el profiláctico, cuyos resultados son más dudosos todavía. Por lo demas, en nada se diferencia del primero. El único procedimiento que merece

llamar la atención es el parto provocado, que podría proponerse en los últimos tiempos del embarazo, si las orinas de la mujer se presentaran fuertemente albuminosas, y si se notara la coincidencia de los síntomas urémicos que preceden á la eclampsia.

Indicaré sólo cierto número de medicaciones empleadas para combatir las convulsiones puerperales y á las que no se les puede conceder mucha importancia, toda vez que los buenos resultados que se les atribuyen no son bastante numerosos : 1.º, las emisiones sanguíneas locales, sanguijuelas á las apófisis mastoides : se recurre á este medio cuando los desórdenes cerebrales y la congestión cefálica han llegado á muy alto grado ; 2.º, el tártaro emético á dosis nauseabundas (Collins y Johnston) ; 3.º, el opio á grandes dosis, aconsejado por Braun y Scanzoni : este agente está contraindicado, porque paraliza la contracción uterina y retarda el parto, y ya sabemos que el alumbramiento es el resultado más favorable que se puede esperar ; 4.º, las afusiones frías, (Bouchardat) ; 5.º, los revulsivos : vejigatorios : extensos sinapismos, ventosas de Junod aplicadas á los miembros inferiores ; 6.º, compresión de las carótidas ; 7.º, antiespasmódicos ; 8.º, purgantes ; 9.º, unturas de belladona al cuello uterino. Este medio debe ser absolutamente rechazado, porque puede dar lugar á accidentes de intoxicación.

Durante los accesos se tendrá cuidado de vigilar los movimientos de la mujer para impedir que se caiga de la cama al suelo, para lo cual basta sostenerla únicamente, sin emplear grandes esfuerzos que aumentarían la intensidad del acceso.

Se rechazará la lengua al interior de la boca al principio de los accesos para evitar que sea mordida. En la clínica la empujan por medio de una toalla estirada, cuyo borde se aplica sobre su cara superior, sufriendo así una retracción que la pone al abrigo de la acción de los arcos dentarios.

### Parálisis urémicas.

Sólo estudiaré aquí las parálisis urémicas, tratando más adelante de las que dependen de otras causas.

Hay una cuestión que no se ha propuesto todavía, y cuya resolución sería interesante, á saber : manifestándose principalmente las parálisis urémicas en las mujeres albuminúricas, fuera del estado de preñez, y siendo las convulsiones mucho más frecuentes en las urémicas embarazadas, ¿cuál es la causa íntima que preside á la especialidad de estas terminaciones? En el estado actual de la ciencia no es posible la aclaración de este problema.

Las observaciones de parálisis que han sobrevenido durante el embarazo son bastantes en número, pero distan mucho de poderse referir todas á la intoxicación urémica. Respecto á parte de ellas, la falta de detalles suficientes y la omisión del examen de las orinas no permiten decidir en qué categoría deben colo-

carse. De los 37 casos de parálisis recogidos por Churchill de diferentes autores, hay nueve, por lo menos, que pertenecen á la uremia y se distribuyen de la manera siguiente: dos amaurosis, dos sorderas, tres hemiplegias, de las cuales una se presentó despues del parto; una hemiplegia complicada con amaurosis y una parálisis facial. Estas enfermedades se presentaron en los últimos tiempos del embarazo y desaparecieron despues del parto.

Imbert-Gourbeyre cita en su primera Memoria cierto número de observaciones, ya antiguas, de amaurosis sobrevenidas durante la preñez y coincidiendo á veces con convulsiones. Aunque estos casos se refieren á una época en que faltaban los elementos de diagnóstico, las circunstancias que los caracterizaban no permiten dudar de su verdadera naturaleza. El mismo autor cita igualmente otras observaciones análogas, pertenecientes á él mismo ó á los modernos, en las que el examen de la orina no ha dejado lugar á duda. En un caso de Roberto Johns, la parálisis del brazo derecho había coincidido con ataques eclámpsicos y una amaurosis incompleta.

En su segunda Memoria Imbert-Gourbeyre refiere 19 observaciones que parecen pertenecer todas á la uremia, sea que haya completado el diagnóstico con el examen de las orinas, sea que haya adquirido su certeza por los síntomas concomitantes. En las dos terceras partes de los casos, las parálisis han estado ligadas con la eclampsia; cuatro veces la han precedido, y con mayor frecuencia han sido consecutivas al ataque. En más de la mitad de los casos, la parálisis se ha declarado durante la gestacion. Por lo comun pasajera, seis veces se ha hecho permanente y cinco mujeres han sucumbido; dos veces se ha verificado la curacion mediante el parto.

Las parálisis urémicas inherentes al embarazo no pueden ponerse en duda, pues están demostradas por las observaciones de Lever, Churchill, Simpson, Imbert-Gourbeyre, Lécorché, etc.

Yo mismo he observado dos casos: uno, en la clientela del Dr. Châtillon, que me llamó á junta. La enferma había llegado al octavo mes de su embarazo cuando fué atacada repentinamente de una amaurosis completa, sin síntomas generales bien marcados. Examiné las orinas, que contenían una gran porcion de albúmina, y aconsejé el parto prematuro artificial, que fué seguido de buen resultado para la madre y para la criatura.

El segundo caso es más interesante, á causa de ciertas particularidades dependientes de la naturaleza íntima de la lesion y por eso lo referiré con más detalles.

Mme. Mal..., calle de Moreau, fué atacada el 10 de Octubre último, hácia el quinto mes de su tercer embarazo, de dolores violentos en las sienes, de forma neurálgica intermitente y de una debilidad progresiva de la vision. El apetito había ido desapareciendo poco á poco; la sed era viva, el sueño agitado y los vómitos, que existían desde el principio de la preñez, se hicieron



más frecuentes. El día 15 tuvo una epistaxis que duró 36 horas. Los miembros inferiores estaban infiltrados; la disnea, que era intensa, no permitía á la enferma permanecer acostada; nada de sordera, convulsiones ni delirio, solamente torpeza intelectual muy pronunciada; 120 pulsaciones por minuto. Mme. Mal... estaba bajo la direccion de su comadron, el Dr. Vivien. En esta situacion de la mujer fué cuando me llamaron.

Encontré la ceguera casi completa, que diagnosticué de amaurosis urémica, diagnóstico confirmado por el examen de las orinas, notablemente albuminosas. Los antecedentes de la enferma no arrojaban nada bastante notable para que sospechase la enfermedad de Bright, y creí que se trataba de una uremia puerperal sencilla. Aconsejé la provocacion del aborto para poner término á aquella situacion tan grave; pero manifesté mi deseo, á causa de la época poco avanzada de la preñez, de que tomara parte en la junta un tercer profesor. Se llamó á Jacquemier, quien fué de mi misma opinion. Apliqué inmediatamente la esponja preparada, como he indicado en el parto prematuro artificial. Eran las cuatro de la tarde, y á las dos de la madrugada siguiente había terminado el alumbramiento. Prescribí un régimen tónico, consistente en caldos, cuatro sopas y vino de Málaga. El puerperio fué normal.

Aquí entran las particularidades interesantes de la observacion. La amaurosis desapareció y la albúmina disminuyó notablemente; pero al cabo de ocho dias los desórdenes de la vision se manifestaron de nuevo progresivamente, y el estado general recobró su gravedad primitiva. El pulso subió á 120. Al quinto dia apareció una escara en el sacro.

Desvaneciéronse las esperanzas que me había hecho concebir la mejoría repentina de la enferma, y me ví obligado á reconocer la existencia de una alteracion de los riñones, que quizá había principiado en una época anterior al embarazo y se había desarrollado de un modo latente sin llamar la atencion. La enferma sucumbió el 13 de Noviembre á consecuencia de los progresos inevitables de la enfermedad.

El arte, á la verdad, fué impotente para detener la terminacion funesta del padecimiento; pero es de interes el consignar que la expulsion del feto hizo desaparecer temporalmente los síntomas más graves de la uremia.

La amaurosis urémica parece la forma más frecuente de las parálisis puerperales. Puede no hacer más que iniciarse ó declararse de un modo completo en uno ó en ambos ojos. Su duracion varía, siendo á veces muy corta, y no pasando de los primeros dias que siguen al alumbramiento, y en ocasiones muy raras prolongarse y hacerse incurable. Se la ve empezar de repente antes, durante ó despues del parto, sin síntomas premonitorios, ó por el contrario, completar el cuadro de los síntomas prodrómicos de la uremia. De todos modos, la ceguera que se presenta más

ó menos repentinamente en una mujer embarazada, tiene un gran valor bajo el punto de vista del diagnóstico. La sordera es mucho más rara que la amaurosis. Imbert-Fourbeyre cita tres casos, además de los de Churchill. El mismo autor refiere dos observaciones de parálisis del sentido del gusto; en una de ellas, en que la perversión fué pasajera, la causa urémica estaba muy evidente. Hay además dos casos de afonía atacados temporalmente por la misma influencia.

Se podría objetar que las hemiplegias ó las parálisis parciales de los miembros que se manifiestan en estas circunstancias, son el resultado de hemorragias cerebrales. En efecto, esto parece evidente en ciertos casos, sobre todo cuando la parálisis persiste mucho tiempo después del parto; pues está perfectamente demostrado que la uremia da lugar en ocasiones á la apoplejía; que entonces sólo es un fenómeno consecutivo de la intoxicación. Los antiguos, no pudiendo comprender el mecanismo de lesiones dependientes de una enfermedad que desconocían, achacaban las hemorragias cerebrales á una predisposición dependiente del embarazo. Menière participaba de esta opinión, que hoy debe abandonarse. Es cierto que la gestación no pone á la mujer á cubierto de la apoplejía; pero esta eventualidad es bastante rara, y en la inmensa mayoría de los casos se trata de apoplejía urémica, como lo ha demostrado Imbert-Gourbeyre en sus notables Memorias acerca de este asunto.

El tratamiento de la parálisis urémica no se diferencia del de las parálisis ordinarias cuando la enfermedad persiste. Sin embargo, si la enfermedad se manifiesta durante el curso de la gestación, y si tenemos motivo para creer que no existe la enfermedad de Bright, el único tratamiento que permite asegurar la cesación de los accidentes consiste en la provocación del parto ó del aborto.

#### PARÁLISIS PUERPERALES INDEPENDIENTES DE LA UREMIA.

Hemos visto en el capítulo precedente que la uremia es una causa de parálisis, sea por lesión general del sistema nervioso, sea por una apoplejía cerebral producida por aquella influencia. Pero además existe un gran número de casos del mismo género que, por falta de detalles suficientes, no se pueden referir á la uremia. Hay también otros que indudablemente son extraños á dicha intoxicación, y parecen depender sólo del influjo del embarazo sobre el sistema nervioso. En las observaciones referidas por Churchill é Imbert-Gourbeyre, y tomadas de diferentes autores, varios casos no pueden tener otra explicación. Se consignan hemiplegias, paraplegias, parálisis parciales, sordera, amaurosis, que se han manifestado durante el embarazo, inmediatamente ó algunos días después del parto.

En varios de estos casos se ha omitido el examen de la orina;

pero la falta de los síntomas generales pertenecientes á la uremia, así como el curso de la enfermedad, demuestran que son parálisis simples, cuya causa íntima se nos oculta. En una observacion de Lever se ve una hemiplegia parcial que sobreviene á los dos meses de embarazo, desaparece en el momento del parto, y se reproduce de la misma manera en cuatro preñeces sucesivas.

Podemos darnos cuenta de las parálisis que sobrevienen despues del alumbramiento cuando el parto ha sido laborioso, porque pueden depender de las compresiones enérgicas que la cabeza del feto ó los instrumentos han determinado en las partes blandas de la pelvis; pero esta explicacion no es posible cuando el parto ha sido fácil y rápido, lo que se ha observado en ocasiones. Lever y R. Leroy d'Etiolles citan cada uno dos casos, en los cuales la parálisis se presentó despues de una metrorragia abundante.

El diagnóstico diferencial de la naturaleza de estas parálisis es fácil, porque la falta de síntomas generales y de albúmina en la orina, permiten distinguirlas de las pertenecientes á la uremia.

El pronóstico en estos casos no presenta gravedad generalmente, pues á menudo desaparece la parálisis con bastante rapidez sin necesitar tratamiento. Si acaso persistiera, podría oponérsele el plan curativo que se aplica á las parálisis.

#### CAQUEXIA SEROSA.

A Stolz se debe el estudio de esta afeccion, que merece ocupar un lugar aparte, al lado de la hidrohemia, en cierto modo normal, de las mujeres embarazadas.

La caquexia serosa de éstas puede tomar dos formas: la primera, de curso crónico, apirética, más frecuente y menos grave que la otra; la segunda aguda, febril, aparece bruscamente y determina en pocas horas una infiltracion general.

**Forma crónica.** Se desarrolla por lo comun durante el embarazo y puede continuar despues del alumbramiento ó bien iniciarse en los quince primeros dias que siguen á éste.

Las causas á que se ha referido la caquexia serosa no me parecen satisfactorias.

El embarazo, en efecto, puede aceptarse como causa principal; pero el empobrecimiento de la sangre, las preñeces repetidas y los flujos sanguíneos son, en mi opinion, circunstancias algo secundarias. Los descubrimientos recientes que se han hecho acerca de la lesion de los nervios *vaso-motores* abren un camino nuevo para el estudio de ciertos fenómenos, cuya explicacion se nos oculta. Yo creo que en este orden de ideas es donde se debe buscar la causa de las lesiones de circulacion que examinamos en este momento, y, por consiguiente, me encuentro inclinado á atribuir las modificaciones hidrohémicas de la circu-

lacion en las mujeres embarazadas á un desórden funcional de los nervios vaso-motores.

Las causas debilitantes, como la miseria, una alimentacion insuficiente, etc., intervienen de un modo importante en la produccion de estos accidentes.

Se admiten tres grados en la caquexia serosa :

1.º En el primero, la infiltracion está localizada en los miembros inferiores. El edema empieza por los piés é invade progresivamente los muslos y las partes genitales ; los grandes labios están distendidos y son tan difíciles los movimientos de los miembros, que la mujer se ve obligada á guardar cama.

2.º Cuando la enfermedad llega al segundo grado, se generaliza la infiltracion ; la cara, los párpados, los brazos y las paredes abdominales se encuentran distendidas por la serosidad. La mujer experimenta una disnea que sólo le permite estar sentada, y se ve formarse un rodete ó bolsa en la parte inferior anterior del abdomen.

3.º El tercer grado, á que rara vez se llega, pero que puede ocurrir por efecto del parto, presenta una gravedad extremada. Se manifiestan derrames en el peritoneo, las pleuras, y, finalmente, en la serosa cerebral. Cuando la mujer no muere, sino que soporta semejantes lesiones hasta la terminacion del parto, se ve generalmente entonces que los accidentes mejoran con rapidez y las infiltraciones desaparecen bastante pronto.

En estas circunstancias el edema es resistente y la piel conserva con dificultad la impresion del dedo. Las orinas son pálidas y no contienen albúmina, siendo este último un signo diagnóstico importante, que permite no confundir la caquexia serosa con las infiltraciones que se observan en la albuminuria. Las cámaras no tienen la consistencia normal ; á veces existe una diarrea serosa. El pulso se presenta pequeño y en el corazon se oye un ruido de fuelle. La sed es viva y el apetito nulo.

Cuando los derrames invaden los órganos internos, se observan los fenómenos que se manifiestan en semejantes circunstancias, y su gravedad es proporcionada á la extension é intensidad de los derrames.

La caquexia serosa de forma lenta empieza en ocasiones hácia el tercero ó cuarto mes del embarazo, pero sobre todo, se la observa hácia el fin y persiste ordinariamente hasta el alumbramiento. La calentura láctea determina con bastante rapidez su desaparicion.

El pronóstico es grave cuando la caquexia serosa no se modifica con el parto. La mujer, aniquilada por la enfermedad, sufre una convalecencia larguísima, ó sucumbe. En algunos casos Stoltz ha observado metastasis funestas sobre el pulmon ó el cerebro. La muerte puede sobrevenir tambien por asfixia ó por síncope.

El tratamiento de esta forma de la enfermedad consiste en ad-

ministrar los tónicos y los reconstituyentes, empleando además las fricciones secas y aconsejando, en caso de necesidad, los diuréticos y los purgantes salinos.

**Forma aguda y febril.** — Esta forma se observa, sobre todo, después del parto; por lo común, del duodécimo al décimoquinto día, y la primiparidad constituye, según Soltz, una predisposición notable. Es raro que se manifieste durante el embarazo, y entonces lo hace exclusivamente al final ó en el momento del parto.

Las mujeres que la sufren no todas se encuentran debilitadas, pues las hay cuya salud presentaba anteriormente bastante vigor. Un enfriamiento, un exceso, parecen ser, en ocasiones, el punto de partida de la enfermedad, que coincide á menudo con una supresión de los loquios. La mujer experimenta escalofrío y fiebre, con pulso fuerte y frecuente. Al cabo de algunas horas empieza la infiltración, y va generalizándose durante uno ó dos días, después de haberse iniciado por el edema de la cara.

En esta forma la afección es muy grave; se limita con frecuencia al primero ó segundo grado, y la muerte es la terminación más frecuente.

Las mamas se aflojan aunque la secreción láctea continúe; los loquios son escasos, serosos y fétidos.

La terminación funesta no se debe siempre á la enfermedad, sino á las complicaciones que vienen á terminarla, como la fiebre puerperal, ocho veces en diez casos, la pulmonía y la fiebre tifoidea. Stoltz insiste en que no se puede considerar la caquexia serosa como un fenómeno inicial de estas afecciones, sino que vienen á fijarse en un organismo que ha perdido su resistencia vital. También pueden presentarse escaras en el sacro.

Stoltz se manifiesta poco partidario de la sangría en la forma aguda de la caquexia serosa, y prefiere emplear los contraestimulantes, la escila y la digital. Los ferruginosos están absolutamente contraindicados mientras dura la fiebre. Si los accidentes se agravan durante el parto, hay que terminarlo con la rapidez posible, tanto por interés de la madre, como por el feto, que sucumbe á veces por efecto de la enfermedad.

La caquexia serosa no es absolutamente rara, y Chalot, discípulo de Stoltz, que ha sostenido una buena tesis sobre este punto, refiere nueve observaciones, que no son las únicas que proceden de la clínica de Estrasburgo; y yo he observado otro caso en la clínica de París, recayendo en una mujer que en Africa había sido atacada de fiebres intermitentes graves.

#### HIDORREA.

Esta afección está caracterizada por la salida brusca por los genitales de un líquido más ó menos abundante, análogo á las aguas del amnios.



Se han presentado hipótesis en gran número para explicar la naturaleza de este flujo, cuyo origen está actualmente bien determinado. Discutiré con rapidez las principales opiniones que se han emitido acerca de este asunto.

Fabricio de Hilden, Ruysch, Röederer, Schøder, etc., admitían la rotura de una hidátide alojada entre el huevo y la pared uterina. Ya no es sostenible esta opinion, porque está demostrado que las hidátides no se desarrollan jamás en un órgano que tiene comunicacion con el exterior. El útero, pues, no puede tener tal hidátide.

Ortlob emitió la idea, sostenida por Baudelocque, que el líquido procedía de la trasudacion del líquido amniótico á través de las membranas. Como el flujo se escapa de pronto de la matriz, no se puede aceptar esta explicacion. Además, se ha notado en algunos casos la persistencia del flujo despues del alumbramiento, es decir, en una época en que el huevo y los líquidos que contiene no pueden suministrar este flujo.

Sigwart, Gardien y Capuron admitieron la rotura de un huevo gemelo abortado. En absoluto, esta hipótesis no es inadmisibile, pero no puede aplicarse sino á casos excepcionales.

Guillemeau, Camper y Stark, han creído en la rotura del huevo por un punto elevado en la cavidad uterina. Guillemot ha sostenido de nuevo esta teoría de una manera muy absoluta. Inglebey y Burgess han referido dos observaciones en que han creído ver la solucion de continuidad que dió paso al líquido, y P. Dubois, entre varios casos, ha observado en uno de ellos un agujero sobre las membranas, con un reborde que permitía creer que existía hacia algun tiempo. Velpeau se encuentra bastante dispuesto á admitir una dislaceracion de las membranas. Sin negar la realidad de estas observaciones, haré notar que es muy difícil despues del parto saber si los agujeros que se observan en las membranas se han producido ó no por el influjo del trabajo del parto.

Hildebrand, Froriep y Deleurye admitían el acúmulo de líquido en un espacio imaginario que localizaban entre el córion y el amnios. Mattei, en estos últimos tiempos, ha reproducido esta errónea teoría. El saco amnio-corial jamás ha existido, y por lo tanto, no puede contener ningun líquido. En todos los casos de hidrorrea examinados por Dubois las membranas estaban completamente adheridas entre sí.

Finalmente, en el dia hemos vuelto á la opinion de Mauriceau, que admitía que el líquido de la hidrorrea estaba contenido entre el huevo y la pared uterina, refiriendo siete observaciones; y ésta es la opinion que Nægele ha sostenido y desarrollado en la tesis de Geil, su discípulo, y que está casi unánimemente aceptada en la actualidad. Basset refiere un caso de Duclos, con autopsia, relativo á una mujer muerta de repente en el sexto mes de su embarazo. Duclos comprobó la existencia de dos bolsas limitadas

por la superficie uterina y las membranas del huevo. Contenían un líquido sumamente análogo al amniótico. Al lado se notó una superficie de seis á siete centímetros de diámetro, cuyo color blanquecino resaltaba sobre el de las partes próximas. También existía en este punto algo de líquido, y la caduca estaba desprendida en el trayecto de una línea de cinco milímetros de ancho próximamente, que se extendía hasta el cuello uterino. Duclos había sido llamado algunos días antes para visitar á esta mujer por una hidrorrea abundante que se había declarado. No es dudoso que el saco aplastado había contenido el líquido cuyo derrame se comprobó.

Se admite generalmente que el líquido amniótico procede de la pared uterina y pasa al interior del huevo por medio de una especie de endósmosis. De este modo se puede comprender, que por influjo de un desorden sobrevenido en la intensidad de la secreción ó en el paso del líquido, una parte de este último se acumule entre el huevo y la pared de la matriz.

Si se admite la posibilidad de una rotura de las membranas en un punto elevado del huevo, es como hecho completamente excepcional.

El ser múltipara la mujer parece una circunstancia muy predisponente para la enfermedad, pues sólo como una excepción rarísima se ha observado en el primer embarazo. Paso en silencio las causas triviales á que se ha atribuido, las cuales se refieren al temperamento, al estado de salud, á la impresión del frío; á la humedad, etc. Buscando mucho en los antecedentes de una enferma, se encuentra siempre alguna circunstancia que poder transformar en causa; pero éste es un modo poco científico de estudiar las enfermedades.

A veces la salida del líquido se verifica por efecto de una caída, de movimientos bruscos del feto ó de una fatiga violenta; pero comunmente se debe el fenómeno á una contracción insensible del útero. De noche, sobre todo, es cuando la expulsión de una oleada abundante de líquido se presenta y asusta á la mujer. En seguida el flujo puede cesar de pronto ó continuar en pequeña cantidad durante un tiempo más ó menos largo. También se puede observar la repetición de los mismos fenómenos de un modo intermitente. En general, la hidrorrea no va acompañada de dolores ni malestar, ni la mujer siente contracciones. Sin embargo, en algunos casos se presentan y son dolorosas.

El líquido es limpio, en ocasiones amarillento ó coloreado por algo de sangre. Su olor y sus reacciones son exactamente las mismas que las del líquido amniótico.

La hidrorrea es muy rara antes del cuarto mes, y sobre todo frecuente hácia el sexto. En algunos casos se ha observado la persistencia del flujo durante algunos días despues del parto. La cantidad del líquido es en extremo variable, pudiendo no llegar á un litro ó pasar de varios. Stein pretende que en las diversas

repeticiones del accidente una mujer puede perder hasta doscientos litros de agua, lo cual es poco creíble.

Es importantísimo no confundir la hidrorrea con la rotura del huevo en el parto. Ya se ha cometido este error, esforzándose por terminar un parto que no había principiado. Por lo comun, la falta de contracciones regulares, intermitentes, el estado del cuello y la repetición del flujo permitirán reconocer el caso de que se trata.

Cuando el derrame se verifica en los últimos tiempos del embarazo, está indicada la expectacion, y como el profesor no tiene que intervenir para nada, su error no tiene otro inconveniente que el de haber formado un pronóstico inexacto acerca del estado del parto.

El pronóstico de la hidrorrea no presenta ninguna gravedad; siendo el único que se puede temer el parto prematuro. Ante todo hay que tranquilizar á las mujeres, á quienes estos flujos asustan mucho cuando son abundantes ó repetidos.

El tratamiento de la hidrorrea no existe, porque todos los medios que se pudieran emplear carecen de poder suficiente para detener esta secrecion anómala, la cual se encuentra, probablemente, bajo la dependencia de una lesion funcional del sistema nervioso. Por consiguiente, hay que desechar las sangrías, recomendadas con tanta inoportunidad. Se aconsejará únicamente el reposo. Si la hidrorrea determinara el parto prematuro ó se presentara acompañada de dolores intensos, se recurrirá á las enemas laudanizadas.

#### PRURITO.

El prurito vulvar no es exclusivo de las mujeres embarazadas; pero sobreviene en estas últimas con la frecuencia bastante para poder considerar hasta cierto punto la gestacion como una causa predisponente. Adquiere á veces en estas circunstancias tal carácter de intensidad y tenacidad, que lo hacen insoportable.

Por lo comun se limita á los grandes labios, sin presentar la piel alteracion alguna. Se le puede considerar como una neuralgia dérmica, porque las lesiones que se observan en una época avanzada las producen las manos de la enferma, que se rasca con furor. Alguna vez se ha notado la coincidencia de várices en esta region. La época en que aparece el prurito vulvar, es variable, si bien se presenta, por lo comun, en los primeros meses de la preñez.

En ocasiones el picor se generaliza á casi toda la superficie del cuerpo. Maslieurat Lagemard cita la curiosa observacion de una señora atacada de una picazon general é intolerable, que parió prematuramente por esta causa en ocho embarazos consecutivos. La enfermedad desaparecía inmediatamente despues

del parto y empezaba á manifestarse hácia el sexto mes de la gestacion. La piel no presentaba ninguna alteracion ni erupcion.

El tratamiento consiste en fricciones con el aceite de cade (1), la glicerina, la pomada de precipitado blanco (4 gramos por 30 de manteca) y las lociones con una solucion ténue de sublimado corrosivo. Imbert-Gourbeyre encoina los preparados arsenicales como tratamiento general, cuando las aplicaciones locales no logran triunfar de la dolencia.

#### TRASTORNOS DE LA EXCRECION URINARIA.

Los desórdenes en la excrecion de la orina que pertenecen al estado puerperal son de naturaleza variada.

1.º Comprimida la uretra durante el embarazo á consecuencia de una retroversion uterina, no deja pasar el líquido urinario, verificándose entonces una distension de la vejiga, que puede adquirir proporciones graves. La reduccion del útero dislocado y el cateterismo son los únicos medios que se pueden emplear para poner fin á esta situacion. Durante el parto, la retencion de orina puede tener lugar mecánicamente; pues encajada en la excavacion la cabeza del feto, comprime el conducto de la orina. Cuando esta compresion se prolonga, la vejiga puede sufrir una distension suficientemente dolorosa para detener las contracciones del útero. Tambien se ha observado en este caso la rotura de la vejiga. Igualmente hay que recurrir al cateterismo, debiendo para practicarle elevar, si se puede, la cabeza del feto para que pase la algalia, y si esta maniobra es impracticable, se termina el parto lo más pronto que sea posible.

Tambien se ha admitido que la iscuria puede estar ocasionada por un espasmo del cuello de la vejiga ó de la uretra.

2.º La compresion determinada por el útero grávido sobre el reservorio de la orina puede producir un efecto completamente distinto, observándose entonces, sobre todo en mujeres que han tenido varios partos, una incontinencia de orina que se presenta al andar, al reir, al toser ó al ejecutar un esfuerzo. Esta incontinencia constituye una incomodidad en extremo penosa, porque mojada constantemente la region por el líquido irritante, llega á ser asiento de eritema y exoriaciones que hacen dolorosa la progresion. La enferma ademas se encuentra molestada por el olor infecto que resulta de este flujo continuo.

El tratamiento consiste en mantener sostenido el útero me-

(1) *Aceite de cade*. Es un líquido inflamable, de olor resinoso empireumático, muy fuerte, de sabor acre, casi cáustico, cuyo producto se obtiene quemando la madera del enebro oxicedro, *Juniperus oxycedrus* de Linneo, en un horno sin corriente de aire.

Se emplea contra algunas enfermedades cutáneas del hombre. M. Serres lo usa para combatir las oftalmías escrofulosas rebeldes á todos los medicamentos, para lo cual basta dar unas ligeras unturas sobre la frente, sienes, mejillas y cara cutánea de los párpados. — (N. de los T.)

diente una faja hipogástrica. Las inyecciones vaginales frías y repetidas con frecuencia pueden prestar servicios en semejante caso (1). Los cuidados de limpieza y las fricciones con glicerina serán necesarias para combatir el eritema.

La gestacion produce á veces una irritacion simpática en el cuello y en el cuerpo de la vejiga, que se revela por la necesidad frecuente de orinar. Es raro que el líquido contenga moco como en las inflamaciones del órgano. En general, esta indisposicion cesa espontáneamente al cabo de algun tiempo. Se la combate con baños de asiento casi frios, con inyecciones frías y con la administracion de las cápsulas de trementina.

En los casos de esta naturaleza se ha querido conceder algun influjo á la compresion de los uréteres ó á su espasmo (Burns); pero nada demuestra la realidad de esta hipótesis.

3.º El encaje prolongado de la cabeza del feto en la excavacion determina durante el parto parálisis de la vejiga, que puede persistir durante varios dias. Hay que vigilar la funcion del órgano para practicar el cateterismo, á lo menos por mañana y tarde, hasta que la vejiga haya recobrado su contractilidad. Esta parálisis no parece siempre consecuencia de un parto prolongado, pues varias veces la he visto despues de partos fáciles y rápidos, sin que se pueda explicar este fenómeno por la compresion.

#### VÁRICES Y HEMORROIDES.

VÁRICES. — Las várices constituyen una de las molestias más frecuentes del embarazo, sobre todo en las pluríparas. Se desarrollan por la compresion que el útero ejerce sobre los vasos pelvianos. Cuando las várices se presentan en una preñez, es sumamente raro que dejen de hacerlo en las siguientes, y entonces persisten despues del parto. La dilatacion de las venas, por razon de su mecanismo, no se verifica comunmente hasta los últimos meses. Sin embargo, no siempre sucede así, pues en una señora jóven esta manifestacion fué para mí un elemento de diagnóstico en el tercer mes, cuando faltaban los demas signos, excepto la supresion de las reglas.

En la mayor parte de los casos las várices están limitadas á los miembros inferiores, invadiendo á veces la vulva y constituyendo una causa predisponente para la formacion de trombus en esta region. Pueden también observarse en la pared abdominal, de cuya circunstancia he observado dos ejemplos en la clínica.

Las várices son una simple incomodidad, que suele ir acompañada de edema, peso en los miembros y dificultad para la marcha. Cuando exigen tratamiento, se emplea un vendaje arro-

(1) No creemos útil, sino más bien perjudicial, suprimir de este modo la abundante transpiracion de los órganos genitales. — (N. de los T.)



llado exactamente sobre el miembro ó una media elástica. En ocasiones, sin embargo, se inflaman las várices, y entonces en su trayecto se forman nudosidades en extremo dolorosas, cuyo accidente merecé la mayor atencion. Estos puntos inflamados pueden convertirse en asiento de un absceso ó de la rotura de la vena. Existe ademas otra complicacion todavía más grave, cual es la emigracion de uno de los coágulos, que puede matar á la enferma por embolia. En el caso en que las várices se inflamen, hay que prescribir á la mujer un reposo absoluto. Se cubrirán con cataplasmas emolientes las partes dolorosas y se las untará con pomada mercurial dos veces al dia. Deberá conservarse el decúbito horizontal durante varios dias despues de la cesacion completa del trabajo inflamatorio, para evitar el riesgo, posible, de la embolia.

Tambien se ha indicado la rotura espontánea de las várices, produciendo la muerte de las mujeres embarazadas. La primera indicacion que hay que llenar consiste en comprimir exactamente el vaso *por debajo* del punto por donde se ha abierto, ó sea entre este punto y los capilares. En seguida se trata la herida con el reposo absoluto y las curas convenientes.

HEMORROIDES. — Las hemorroides se desarrollan igualmente por la compresion de los vasos pelvianos, principalmente hácia el fin de la gestacion. Es bastante frecuente verlas inflamarse consecutivamente al parto, en cuyo caso son excesivamente dolorosas. Los medios que se emplean para combatir esta afeccion tienen en general poca eficacia, y consisten en cataplasmas laudanizadas y en aplicaciones frias (1). Hay que guardarse de practicar escarificaciones en las hemorroides inflamadas, por ser un medio peligroso. Las sanguijuelas alrededor del tumor son poco eficaces. La inflamacion y el dolor rara vez persisten despues de transcurridos algunos dias del parto. Por lo tanto, hay que limitarse á emplear remedios poco activos y esperar la curacion espontánea.

#### LEUCORREA.

Existe á menudo durante el embarazo, sobre todo en los últimos meses, un flujo vaginal abundante. Es transparente, lactescente, amarillo ó amarillo verdoso, y no merece que se le conceda mucha importancia. Esta leucorrea va acompañada con frecuencia de granulaciones de la mucosa vaginal, que dan al dedo la sensacion de un empedrado de granos de mijo, presentándose duras y apretadas entre sí. Despues del parto desaparecen espontáneamente, sin dejar vestigios.

Se ha tratado de explicar la leucorrea de las mujeres embara-

---

(1) Consideramos peligrosas estas aplicaciones frias en una puerpera.  
(N. de los T.)

zadas por desórdenes en la circulacion pelviana, por su mayor actividad, por una accion simpática procedente del útero, por un estado inflamatorio, etc.; pero todas estas hipótesis son muy aventuradas y nada demuestra su realidad, por lo que debemos limitarnos á consignar el fenómeno sin explicarlo infundadamente.

El tratamiento consiste en inyecciones astringentes, pero sin contar mucho con su eficacia.

#### REUMATISMO UTERINO.

El reumatismo uterino ha ocupado un sitio en el cuadro de la patología puerperal; y aunque al parecer es raro en extremo, me encuentro dispuesto á admitir la realidad de su existencia. Sin embargo, cuando se examinan con detencion las descripciones dadas por los diferentes autores que han tratado esta cuestion, se llega á comprender que falta mucho para dar fisonomía exacta y científica al reumatismo uterino. Los detalles, á la verdad, no faltan; más bien hay motivo para quejarse de su profusion; pero las vulgaridades y las hipótesis ocupan en las descripciones mayor lugar que la observacion rigurosa, buscándose en vano caracteres especiales bien estudiados que permitan distinguir el reumatismo de las contracciones irregulares de la matriz y de los dolores indefinibles que en esta region suelen experimentar las mujeres embarazadas. El diagnóstico de una afeccion reumática es fácil cuando es superficial y accesible á nuestros medios de investigaciones; pero cuando se ha fijado en un órgano situado profundamente y rodeado de tejidos y otros órganos que pueden ser, lo mismo que el útero, asiento de la enfermedad, se necesita para tener derecho á localizar y describir minuciosamente la lesion, darle caracteres formales y precisos y no tomar hipótesis é inducciones triviales por la expresion de la realidad.

En el estado actual de la ciencia, el único motivo que puede hacer admitir la existencia del reumatismo uterino es la desaparicion de un dolor de un sitio y su fijacion en el útero de una mujer que padezca reuma; y todavía será difícil demostrar que es la matriz el órgano especialmente afectado. Lo que se ha dicho de la accion del reumatismo uterino sobre el embarazo y el parto, necesita, pues, confirmacion.

En el caso en que se llegara á adquirir certeza respecto á este asunto, los revulsivos, como sinapismos, vejigatorios, tintura de iodo, aplicados sobre el abdomen, me parecen el tratamiento más racional. Ademas podrían emplearse los opiados por el método endérmico ó en enemas.

#### VEGETACIONES.

Bajo el influjo de la gestacion y con absoluta independencia de las causas sifilíticas se presentan á veces vegetaciones en las

partes genitales de las mujeres embarazadas. Es, pues, muy importante, en presencia de semejantes lesiones, manifestarse reservado en la apreciación de sus causas.

Estas vegetaciones tienen exactamente el mismo aspecto que las que sobrevienen á consecuencia de flujos sospechosos, siendo rojas, pediculadas en su base y dilatadas en su extremidad libre, como las coliflores. Producen un picor bastante vivo, y esparcen un olor desagradable. Tienen su asiento en los grandes labios, en la márgen del ano, en la entrada de la vagina, y hasta en el cuello uterino, en un caso observado por Tibierge.

Las vegetaciones coinciden con una leucorrea. Se las ve aparecer, sobre todo, hácia la mitad del embarazo, y persisten hasta el parto.

Su destrucción con los instrumentos ó los cáusticos va seguida de recidiva inmediata cuando estos tumores son voluminosos. No se puede, por consiguiente, esperar buen resultado sino cuando son pequeñas; pero en estas circunstancias desaparecen espontáneamente después del parto, por desecación de su pedículo. El tratamiento que fracasa durante la gestación, produce el efecto apetecible después del alumbramiento, y en caso de vegetaciones grandes, cuando la curación no es espontánea, pueden ejecutarse las operaciones, que entonces no van seguidas de reproducción.

#### ÚLCERAS DEL CUELLO UTERINO.

Las úlceras del cuello del útero son frecuentes en las mujeres embarazadas. Dicha región presenta durante la preñez, y, sobre todo, hácia el fin, un color mucho más oscuro que en el estado de vacuidad, lo cual depende de las modificaciones que experimenta la circulación del órgano. El cuello parece que se encuentra en un estado de hiperemia intenso, por cuyo motivo se explican fácilmente por una lesión de nutrición las úlceras que presenta la mucosa. Estas adquieren con frecuencia un aspecto fungoso, y dan sangre al menor contacto de los instrumentos exploradores. Su forma es lineal en los surcos que presenta el orificio uterino en las pluríparas.

Hay generalmente bastante conformidad respecto á la inocuidad de las úlceras del cuello que existen hácia el fin del embarazo; pero se admite que son graves durante los primeros meses, por determinar á menudo el aborto. No comprendo cómo esta lesión, que es inofensiva á los ocho meses, pueda tener tan gran influencia en el desarrollo del huevo en una época poco avanzada. Es muy probable que en estas últimas circunstancias exista entre la úlcera y el aborto una coincidencia más bien que una relación de causa á efecto.

La generalidad de los autores están contestes en la inutilidad de cuantos tratamientos se emplean. Las ulceraciones que de-

penden sólo del embarazo se curan espontáneamente despues del parto, y las cauterizaciones á que se las somete pueden tener una accion funesta sobre el curso de la gestacion.

## ICTERICIA.

Es evidente que las mujeres embarazadas se encuentran expuestas, como las demas, á las enfermedades del hígado; pero no se puede hacer de la ictericia una enfermedad especial de la preñez, ni está demostrado en manera alguna que esta funcion sea una causa predisponente de la ictericia. Añadiré que ésta es únicamente un síntoma comun á varias afecciones de la glándula hepática, y que la ciencia actual exige más precision en el lenguaje, pues no puede contentarse con una denominacion fundada en un síntoma para caracterizar lesiones muy diversas.

Bardinet, en su Memoria (1863), ha probado sencillamente que en una epidemia de ictericia han sido atacadas las mujeres en cinta, la cual no tiene nada que pueda sorprendernos. El punto interesante de su comunicacion á la Academia, manifiesta lo que Saint-Val había establecido antes que él, á saber: que la enfermedad es más grave en las mujeres embarazadas, y que pueden abortar y hasta sucumbir por ella. En efecto, éste es un hecho que merece llamar la atencion, y que puede servir de punto de partida para un estudio más completo de las alteraciones del hígado que se presentan en estas circunstancias. Pero, lo repito, enfermedades de esta naturaleza deben estar caracterizadas, no por un síntoma comun á otras afecciones, sino por la lesion que constituye la esencia de la enfermedad. Blot, que ha referido un caso de este género, ha encontrado una degeneracion adiposa del hígado y una destruccion de las células hepáticas. Como se ve, éste no es un caso de ictericia simple.

La ictericia que sobreviene despues del parto es casi siempre sintomática de una peritonitis generalizada que llega á la serosa que tapiza este órgano.

El tratamiento de la ictericia no puede establecerse en estas circunstancias por el motivo de que desconocemos en los casos citados la naturaleza íntima de las lesiones. Es cierto que tampoco los conocimientos más exactos proporcionarían un gran auxilio á la terapéutica, porque las degeneraciones del hígado son superiores á los recursos del arte. Sin embargo, en caso de epidemia de ictericia se podría aconsejar á las mujeres embarazadas que se libran de la gravedad particular que para ellas presenta la enfermedad, huyendo pronto y lejos del foco epidémico.

## PATOLOGÍA DEL PUERPERIO.

## FIEBRE PUERPERAL.

Hemos dicho anteriormente que las afecciones del embarazo se refieren principalmente al grupo de las neurosis, mientras que las enfermedades más terribles del puerperio están caracterizadas por la purulencia.

Se ha designado con el nombre de fiebre puerperal el conjunto de estados morbosos que se presentan después del parto y cuyo carácter común es la supuración. Esta palabra sirve de enlace al grupo de ciertas lesiones post-puerperales, pero por sí misma no tiene ninguna significación; por lo menos vamos á tratar de demostrarlo combatiendo la opinión demasiado exclusiva de los esencialistas. La metro-peritonitis, la flebitis uterina, la linfangitis, los flegmones del ovario, de los ligamentos anchos, del tejido celular de la pelvis, etc., aunque presentando cada uno de ellos fenómenos especiales, todos sobrevienen por la misma influencia y tienen un punto de partida común.

Antes de pasar al estudio individual de estas diversas manifestaciones de la fiebre puerperal, examinaremos los problemas generales que á ellas se refieren.

**NATURALEZA.** — Nos parece que no tiene ningún interés el recordar la hipótesis que emitieron los antiguos acerca de la naturaleza de la fiebre puerperal, porque los progresos de la ciencia la han relegado á un justo olvido. Hoy día dos opiniones principales se encuentran frente á frente: el esencialismo y la localización.

Los esencialistas subordinan las lesiones á un estado general preexistente que se desarrolla por la influencia de la gestación. Defienden esta doctrina, Dubois, Danyau y Depaul.

Los localizadores consideran las lesiones locales como iniciales y determinadoras de los fenómenos generales. Tal es la opinión de Béhier, Bouilland, Cazeaux, Cruveilhier, Dance, Jacquemier, Pajot, Velpeau, etc.

La palabra *esencial* se puede en rigor aplicar á ciertas neurosis, cuyo mecanismo ó naturaleza es desconocido en el estado actual de la ciencia. En nuestra época, en que la inteligencia del médico trata por todos los medios de evitar las definiciones vagas é incompletas, que eran el único recurso de los antiguos, no es permitido nombrar la esencialidad, es decir, lo desconocido, cuando tenemos ante nuestros ojos lesiones perfectamente definidas, que permiten apreciar de una manera exacta la naturaleza de los síntomas que observamos.

En el ánimo de nadie está el negar las modificaciones que la gestación determina en el organismo de la mujer; pero como he hecho notar, es casi exclusivamente sobre el sistema nervioso



donde producen su efecto estas modificaciones; y sabido es que en nosología media un abismo entre el nervosismo y la purulencia.

Los esencialistas han presentado en apoyo de su opinion cinco casos consignados en las tesis de Tarnier y de Témoín, en los que la autopsia no ha revelado ninguna lesion; pero el valor de estos hechos se ha puesto en duda con justicia, porque lo más que prueban es que el escalpelo no ha encontrado nada, pero no que falten lesiones, lo cual es muy diferente. En algunos casos, sólo despues de constantes y prolongadas investigaciones es cuando se llega á descubrir la alteracion patológica; pero aún admitiendo la exactitud de las cinco observaciones dichas, éstas no serían más que un débil argumento comparado con los millares de autopsias que han dado resultados positivos.

Los partidarios de la doctrina que nos ocupa tambien han expuesto en apoyo de su opinion los siguientes casos excepcionales, que sólo se han observado en medio de epidemias violentas de fiebre puerperal:

1.º La muerte del feto todavía contenido en el útero, ó del niño poco despues de su nacimiento y presentando las lesiones de la fiebre puerperal (Lorain).

2.º Fiebres puerperales, rápidamente mortales, que empezaban durante el parto, cuando todavía no se podían considerar como causa las consecuencias del traumatismo.

3.º La muerte de mujeres no embarazadas, pero que asistían á paridas enfermas; en la autopsia se ha podido comprohar la metro-peritonitis. Solamente existen dos observaciones (Depaul y Tarnier).

Estos casos excepcionales no son en manera alguna argumentos en favor del esencialismo, porque prueban sencillamente que en ciertas circunstancias, es decir, cuando la epidemia es intensa, el contagio de la enfermedad llega á un grado tal, que los organismos debilitados pueden experimentarla aunque se hallen fuera del estado de gestacion.

En las epidemias desastrosas, que dan lugar á esas observaciones excepcionales, se desarrolla un virus infectante y transmisible, se desnaturaliza el origen de la enfermedad y los fenómenos que se notan, difieren, en cuanto á su etiología aparente, de los que se observan por lo comun. En semejantes circunstancias es cuando vemos algunas mujeres ser atacadas de escalofrios desde el principio ó durante el parto, y caer heridas de muerte con una rapidez fulminante.

Me parece más natural en estos casos admitir el contagio en vez del esencialismo, porque las mujeres han sido intoxicadas por contacto directo ó por irradiacion por la influencia del medio deletéreo y antes de que hayan podido fabricar en sí mismas, digámoslo así, los elementos de la purulencia. La esencia de la enfermedad no se ha modificado, pero los síntomas y el curso se han hecho más rápidos y agravado de un modo especial.

A los casos excepcionales se pueden oponer con razon otros más numerosos que destruyen su valor. Pajot, en la Clínica, ha hecho acostar mujeres embarazadas en camas inmediatas á las ocupadas por paridas atacadas de fiebre puerperal, sin que jamas haya visto una sola vez que la fiebre se desarrollara en la mujer que no había parido.

En las afecciones esenciales la fiebre precede un tiempo mayor ó menor á la manifestacion de las lesiones. En la fiebre puerperal el dolor local sigue inmediatamente al escalofrío inicial, y precede á la fiebre; siempre la sensibilidad hipogástrica se manifiesta antes ó al mismo tiempo que la frecuencia del pulso.

Los localizadores difieren entre sí en la apreciacion de algunas cuestiones secundarias, pero todos están conformes respecto al hecho principal, cual es el de considerar como punto de partida de la enfermedad la herida uterina determinada por la separacion de la placenta ó las lesiones traumáticas que el parto puede producir. Simpson compara la enfermedad á la fiebre que presentan los amputados.

La purulencia que invade el peritoneo, los senos uterinos y los vasos linfáticos sería idéntica á la que se observa en el enfermo que ha sufrido una gran operacion. Es evidente que existe la mayor analogía entre estos dos estados; así que uno se queda estupefacto al escuchar á Depaul (discusiones de la Academia francesa de 1859) y negar con energía esta semejanza, y preguntar que en dónde están las venas divididas por el alumbramiento.

Esta pregunta es inconcebible tratándose de un hombre que ha presenciado numerosas autopsias de mujeres muertas á consecuencia de fiebres puerperales. Más bien debiera haber preguntado si existe una operacion quirúrgica que interese tantos vasos venosos.

Los senos uterinos son desgarrados al separarse de la placenta; su parte superficial queda adherida á este órgano cuando es expulsado.

La herida del útero que resulta de este fenómeno es una enorme herida venosa. En circunstancias normales estas desgarraduras se curan sin que presenten nada de particular; pero cuando sobreviene una causa morbosa, la inflamacion se apodera de estos vasos venosos, para cuyo fenómeno patológico están generalmente predispuestos.

En cuanto á la vía de transmision, no existe otro punto del organismo en que las comunicaciones venosas sean más fáciles, porque los anchos senos comunican libremente con las venas utero-ováricas, cuyo calibre está considerablemente aumentado durante la gestacion, encontrándose muy á menudo en las autopsias los senos llenos de pus. Esto no prueba de ningun modo que este pus provenga de la cavidad uterina, pues la flebitis de los senos divididos basta para explicar su presentacion. Así es

que se queda uno sorprendido por completo cuando oye á Depaul añadir : «En cuanto á comunicaciones directas de los senos con el sistema vascular, si existen, son de tal manera pequeñas, que el examen anatómico no las ha podido demostrar todavía ». Confieso que no puedo comprender semejante error anatómico.

En resumen, en mi concepto, la fiebre puerperal es la fiebre traumática de las paridas, difiriendo de la fiebre traumática de los operados por su contagio completamente especial.

**Modo de propagacion y transmision.** La fiebre puerperal nace á veces espontáneamente por la influencia de predisposiciones individuales, cuya causa desconocemos. Bajo esta forma y en el estado esporádico es como se la observa en la visita particular, cuando el médico que asiste no tiene ninguna relacion con los focos epidémicos de los hospitales. En las casas de Maternidad la fiebre puerperal se extiende por el contagio, y las condiciones sanitarias van siendo tanto más malas cuanto mayor número de enfermas multiplican los focos de infeccion. Demasiado á menudo se ha visto presentarse la epidemia con tal intensidad, que el único medio de combatirla ha sido cerrar el establecimiento.

Ya hemos indicado la enorme diferencia que existe entre las paridas que mueren en la poblacion y las que fallecen en los hospitales. Lefort ha deducido, valiéndose de sus estadísticas, que de 888.312 partos verificados en las Casas de Maternidad y en los hospitales franceses y extranjeros, han fallecido 30.394 mujeres; ó sea un 3,4 por 100 ó 1 cada 29,2. Por otra parte, en 934.781 partos verificados en la poblacion, únicamente han muerto 4.405 mujeres, ó sea un 0,4 por 100 ó 1 cada 212. Esta mortalidad es debida casi exclusivamente á la fiebre puerperal; las demas enfermedades han dado un contingente sumamente insignificante para estas sumas. En todos los países en que se han hecho estadísticas de esta índole la relacion de mortalidad ha sido casi igual á la que hemos dado.

El contagio es, pues, el modo de propagacion de esta enfermedad. Algunas circunstancias pueden favorecer ó suspender su desarrollo. Durante el invierno el frio obliga á limitar algo la ventilacion de los hospitales, circunstancia por la que en esta época del año las epidemias se presentan con más rigor. Esta observacion ha sido hecha por Lefort, en vista de lo que sucede en las Casas de Maternidad de Francia y otros países.

Las causas morales deprimentes pueden tener, hasta cierto punto, una influencia individual; pero el hecho se ha admitido más bien por induccion que basado en observaciones comprobadas.

Parece que la permanencia previa de las mujeres en el hospital constituye una especie de aclimatacion que las hace menos accesibles á esta enfermedad.

La aglomeracion y el hacinamiento de mujeres dan á las salas condiciones á propósito para determinar la invasion de la fiebre puerperal.

Por último, las maniobras y operaciones tocológicas, y sobre todo un parto prolongado y el ser primípara, constituyen predisposiciones á la invasion de la enfermedad en las mujeres en quienes concurren estas circunstancias. Sin embargo, si bien esto lo debemos tomar en consideracion, no debemos olvidar que el contagio es el gran hecho que domina á todos los demas (1).

Si ahora pasamos á examinar cómo se verifica el contagio, hallaremos en primera línea la aproximacion á las enfermas, que difunden á su alrededor este principio morboso, intangible, llamado miasma, y cuya primera accion sienten las mujeres que presentan una disposicion mayor para recibirlo. Además, el que la enfermedad se disemine por el mismo establecimiento lo favorece el servicio facultativo, cuyos representantes de todas categorías cuidan al mismo tiempo á las mujeres enfermas y á las que no lo están. Este modo de propagacion se presenta principalmente en los establecimientos que no tienen enfermerías.

Lefort insiste mucho en esta opinion, apenas acreditada en Francia, pero completamente aceptada en Alemania é Inglaterra, de que las Casas de Maternidad son, en muchos casos, las que comunican la infeccion á las enfermas de la ciudad. Cita en su apoyo numerosas autoridades é infinidad de hechos que demuestran de una manera incuestionable lo peligroso de esta clase de contagio. Estos hechos serían más conocidos si el interes particular no hiciera pasarlos en silencio (2).

La influencia contagiosa por inoculacion de materias septicas, mediante los reconocimientos vaginales, ha sido comprobada en Alemania é Inglaterra, y los resultados funestos que esta causa determina se han visto disminuir rápidamente en algunos establecimientos de Rusia y Alemania desde que se obliga á los estudiantes disectores á lavarse las manos en una disolucion de cloruro de cal antes de entrar en las enfermerías.

En Lóndres los discípulos del hospital Guy, que tienen á su

(1) Hemos observado en Madrid que cuando ha existido la fiebre puerperal en la Maternidad y en el Hospital general, ha reinado igualmente en la poblacion; á pesar de que los profesores de estos establecimientos sólo son llamados, generalmente, para practicar las grandes operaciones, estando casi exclusivamente encargados de los partos algunos cirujanos que por lo comun no suelen, por sus ocupaciones multiples, asistir á estos centros de instruccion, de donde los partidarios del contagio creen que emana la propagacion de la fiebre puerperal. — (N. de los T.)

(2) En algunos países tiene la pretension el público de considerar como muy idóneos para el tratamiento de las dolencias humanas á los profesores que asisten diariamente á los hospitales, pues suponen que con una instruccion teórica completa y con el hábito de comparar las diversas fases morbosas, habrán adquirido una experiencia mucho mayor que los que no se encuentran en este caso. De este modo se explica que llamen para su asistencia facultativa en el parto á los profesores de las Casas de Maternidad. Pero en España, y sobre todo en Madrid, se elige, con mejor criterio, á personas que carecen de las circunstancias anteriores, por lo cual, si en el extranjero se ha podido atribuir á dichos profesores la propagacion de la fiebre puerperal, en Madrid se encuentran libres de semejante inculpacion, por los motivos que dejamos dichos en la nota anterior — (N. de los T.)

cargo la asistencia á domicilio de los partos, no pueden prestar este servicio cuando frecuentan el anfiteatro anatómico; y cuando se les muere alguna enferma por la fiebre puerperal, tienen que abstenerse de asistir á los partos durante algun tiempo.

Está demostrado que las autopsias de las mujeres muertas durante el puerperio comunican á los que la practican, y hasta á los mismos enfermeros ó personas encargadas de este servicio, la deplorable propiedad de propagar la enfermedad.

Estos hechos merecen que los prácticos los examinen con suma atencion, porque explican, como se ha visto en algunas circunstancias, la muerte casi repentina de mujeres que por su posicion parecían hallarse libres del contagio de la enfermedad.

**Profilaxis en las epidemias.** Desde hace ocho años se viene diciendo que la construccion viciosa de los hospitales era la causa más importante de las epidemias de fiebre puerpéral, habiéndose preconizado las ventajas que tendrían las casas pequeñas de Maternidad, con salas en que se pusieran pocas camas, y provistas de una enfermería para las atacadas por la fiebre. No trataremos aquí de la reconstruccion de los hospitales, porque es sabido que la administracion no suele tener en cuenta, en casos semejantes, las opiniones de los médicos, á pesar de que son los únicos consejeros competentes. Sin embargo, debo decir que no es cierto que los proyectos de reconstruccion propuestos llenen el fin que de ellos se espera.

Es posible que el aislamiento más completo de las enfermas evite el contagio mutuo, pero no las pondría al abrigo del que les pueda comunicar involuntariamente el médico ó sus ayudantes; á menos de poner á cada enferma un médico y un enfermero especial, lo que complicaría algo la cuestion económica de los hospitales. No tenemos más remedio que aceptar tal cual es la organizacion actual y sacar de ella el mejor partido posible, pues para modificarla somos impotentes.

Entre los medios propuestos, el dejar las salas algun tiempo vacías debe tomarse especialmente en consideracion. Si las disposiciones del hospital lo consienten, se deja desocupada una sala por un tiempo determinado, antes de colocar en ella nuevas enfermas. El blanqueo frecuente de las paredes, el lavar diariamente los suelos, y la limpieza de las camas, son disposiciones que conviene no mirar con negligencia.

Las mujeres atacadas de la fiebre deben ser trasladadas inmediatamente á una enfermería especial. Esto se hace en la casa de Maternidad; pero las malas disposiciones del establecimiento destruyen los buenos resultados que debiera dar esta medida profiláctica.

El personal facultativo se debe dividir en dos grupos, con servicio independiente por completo; el uno destinado á las mujeres que están buenas, y el otro á las que están enfermas. Aunque ésta es una garantía de poca confianza, toda vez que la



enferma antes de pasar á la enfermería ha dejado en la sala el germen de la enfermedad, sin embargo, es un medio de atenuar las probabilidades del contagio.

A estas precauciones debemos añadir aquellas de que hemos hablado hace poco, y que tienen por objeto evitar los funestos efectos de los miasmas de los anfiteatros de autopsia.

Ademas de estas medidas generales, indicaré otros medios que pueden emplearse simultáneamente, y que, segun Béhier y Empis, han dado buenos resultados.

Béhier usa el hielo como tratamiento profiláctico de la enfermedad grave de las puérperas, que no designan con el nombre aceptado generalmente. El síntoma particular que le indica la inminencia de la enfermedad es una tumefaccion indolente, á veces dolorosa, de los órganos contenidos en el borde superior de los ligamentos anchos.

Busca esta tumefaccion fijando con una mano el cuerpo del útero, y explora sus bordes deprimiendo el abdomen con la punta de dos ó tres dedos de la otra mano. Los dedos exploradores tropiezan de repente en uno ó en ambos lados del órgano, y en una línea extendida desde sus bordes hácia la cresta iliaca, con una especie de cordon más ó menos voluminoso constituido por el ligamento redondo, la trompa ó el ovario. Cuando se llega á este punto, la enferma experimenta un vivo dolor que no sentía antes al hacerle la presion general de las paredes abdominales.

En 1.802 puérperas, Béhier no ha encontrado el menor indicio de este síntoma; en 747 casos era poco marcado, y no fué seguido de ningun accidente.

Cuando esta sensacion de cuerda dolorosa á la presion se presenta, anuncia la posibilidad del peligro. Si el dolor es vivo, es prudente que se intervenga sin esperar á que el escalofrío ó la frecuencia de pulso venga á agravar la situacion.

Es, pues, un signo que debemos buscarlo con cuidado en las paridas, y cuyo valor es prudente que no despreciemos. Béhier aplica el hielo del modo siguiente: pone sobre la region dolorida una toalla mojada y doblada en ocho hojas, y encima coloca una vejiga grande de cauchuc vulcanizado, llena en sus dos terceras partes de pedazos de hielo. La aplicacion del frio debe ser continua, teniendo cuidado de renovar el hielo del aparato antes que todo él se haya derretido y de vigilar el estado del tegumento, pues si la piel está roja, puede continuarse empleando el frio; pero si adquiere un tinte blanquecino, convenirá suprimirlo momentáneamente para evitar la gangrena superficial, que pudiera sobrevenir. Esta complicacion, sin embargo, no presenta mayores inconvenientes que el prolongar un poco la convalecencia. Cuando no hay hielo á nuestra disposicion empleamos el agua, tan fria como podamos, contenida en una vejiga y renovada á menudo.

Este procedimiento presta grandes servicios, no sólo como medio profiláctico, sino también como curativo en el tratamiento de las peritonitis confirmadas. Las mujeres al principio soportan esta medicación con alguna impaciencia, pero no tardan en reclamarla. El primer fenómeno que se observa en estos casos es la desaparición del dolor.

Béhier no ha publicado la estadística de los resultados que obtuvo; pero he aquí lo que he podido observar: en el año que este sabio profesor visitaba en la Caridad, yo hacía el quinto ejercicio (clínica de partos), y muy rara vez encontré paridas enfermas para el caso práctico de los candidatos. Inmediatamente que Béhier dejó la visita, la fiebre puerperal se manifestó en la sala, y entonces no encontré más dificultades que las de la elección entre tantas enfermas. Es verdad que no había epidemia, pero casi constantemente había mujeres atacadas, cuyo grave estado se modificó cuando Bourdon, su sucesor, recurrió nuevamente, y en las mismas circunstancias, al empleo del frío.

Confieso que al principio hallaba bastante raro que se impusiera esta medicación á mujeres que no presentaban ningún otro fenómeno más que un ligero dolor en el vientre sin síntomas de reacción general. Pero no tardé en conocer la energía de este tratamiento profiláctico; y la rareza con que se presentaban las fiebres puerperales me demostró la importancia que debemos concederle.

No vacilo, pues, lo más mínimo en aconsejar el tratamiento Béhier, en la práctica hospitalaria, como un excelente método. En la población, la fiebre puerperal no es muy frecuente para que tengamos necesidad de imponerle un tratamiento preservativo; sin embargo, cuando se compruebe la presencia del cordón doloroso en los ligamentos anchos será prudente el empleo de dicho recurso.

Pasemos ahora á examinar los medios profilácticos que han dado á Empis resultados notables durante cuatro años en la Piedad.

1.º Gran ventilación. Es de todos sus medios el más importante; cualquiera que sea la estación manda abrir todas las ventanas de la sala por la mañana durante media hora. Después se procede al aseo de las paridas y se abren de nuevo las ventanas en tanto que se hace la limpieza de la sala. En el resto del día, y hasta por la noche, deja varias ventanas abiertas con el objeto de que el aire se renueve constantemente. A Empis le preocupa poco la opinión que acepta la generalidad acerca de los peligros que puede determinar la impresión del frío en las púerperas. Jamás ha visto que las afecciones bronquiales, pulmonares ú otras complicaciones, que á esta causa se atribuyen, fuesen más comunes en sus salas que en otras del establecimiento. Además, por medio de las grandes estufas que sirven para la calefacción,

mantiene la temperatura á un grado elevado lo bastante para que las enfermas no sientan el frío.

2.º A la mujer que se admite, antes de su ingreso en la sala, se la da un baño general con jabon. Despues del parto se cambian las sábanas diariamente y se atiende con gran cuidado para evitar la descomposicion de los loquios.

3.º Toda mujer que se pone enferma es trasladada inmediatamente á otra sala para evitar que constituya un foco de contagio para las demas.

Hé aquí ahora los resultados obtenidos con estas precauciones. Cuando Empis entró en la Piedad, la mortalidad de las puerperas ascendía á 7,6 por 100, ó sea una defuncion por cada 13, 1 mujer. Desde el día 1.º de Mayo de 1863 hasta igual dia de Diciembre de 1866, y en un total de 2.117 partos, Empis no ha perdido más que 43 mujeres, lo que da una mortalidad de 2,03 por 100; ó sea una defuncion cada 49,83 paridas. Indudablemente este resultado es sumamente notable y merece que se estudie con toda detencion.

Combinandolos procedimientos de Béhier y de Empis se puede esperar que las epidemias de fiebre puerperal lleguen á disminuir todavía más, á pesar de la organizacion defectuosa de nuestros hospitales.

Nos quedan por examinar las diferentes formas con que se reviste en sus manifestaciones la fiebre puerperal, cuyas formas, si bien se pueden presentar aisladas, tambien pueden combinarse entre sí de diferentes maneras.

#### METRO-PERITONITIS.

Generalmente, en la fiebre puerperal, el útero y el peritoneo son atacados simultáneamente; sin embargo, á veces puede padecer uno solo de estos órganos. En muchos casos los síntomas son comunes, y sólo la autopsia es la que nos demuestra rigurosamente la localizacion de la enfermedad. Para evitar repeticiones, describiremos solamente la metro-peritonitis, teniendo cuidado de señalar los síntomas y caracteres especiales que se observan cuando padece uno solo de estos dos órganos.

SINTOMAS. — La metro-peritonitis se presenta pocos dias despues del parto, generalmente del primero al cuarto, y las menos veces pasado el décimo. Unicamente cuando reinan epidemias graves es cuando se la ve iniciarse inmediatamente despues y durante el parto.

Es preciso notar como fenómeno inicial la sensacion de la cuerda dura indicada por Béhier, y que se encuentra en una línea dirigida desde el borde del útero hácia la cresta iliaca.

El síntoma que generalmente llama la atencion es un dolor más ó menos vivo localizado en la region hipogástrica; á este sigue un escalofrío y el pulso se hace frecuente, pasando de 100 pulsaciones.

El escalofrío es bastante significativo y suele ser su intensidad proporcionada á la que ha de tener la enfermedad; así que, cuando es violento y prolongado, es más de temer, sobre todo en tiempos de epidemia ó en época próxima al parto, que cuando es ligero y fugaz.

Lo mismo sucede si el escalofrío no va seguido de una reaccion franca, y si la enferma, postrada y abatida, presenta una alteracion de las facciones; sin embargo, el valor de los escalofríos está lejos de ser absoluto, pudiendo faltar en algunos casos raros ó bien presentarse sin que exista la fiebre puerperal.

La reaccion que sigue á los escalofríos no tiene caracteres particulares; la piel se pone caliente y se cubre de un sudor general ó parcial, hay sed viva, el pulso pierde algo de frecuencia y se dilata, la enferma se queja de cefalalgia y está algo abatida.

El dolor hipogástrico, limitado al principio á la region uterina ó á las fosas ilíacas, tiene caracteres muy variables; puede ser sordo ó agudísimo, continuo ó con exacerbaciones, superficial ó profundo, espontáneo ó provocado por la presion, que en todos los casos lo exaspera. Los movimientos de la enferma, la tos, la defecacion y los vómitos aumentan su violencia; así es que la paciente está inmóvil para evitar el aumento de sus dolores, que se exacerban al menor movimiento. Cuando la metritis es simple, el dolor se localiza al nivel del órgano; cuando es sola la peritonitis, el dolor, en general, se extiende rápidamente á todo el abdomen, estando en este caso la sensibilidad tan excitada, que el vientre no puede soportar el peso de las cataplasmas, ni ni aun el de las cubiertas de la cama.

Cuando la enfermedad se prolonga no es raro ver que el dolor se mitiga ó desaparece, debido las más veces á la consideracion del sistema nervioso; así es que la enferma no percibe este sufrimiento más que de una manera oscura. Con bastante frecuencia, poco tiempo antes de la muerte, todo dolor desaparece y la enferma se cree curada. Cuando esta sensacion de bienestar no va acompañada de ninguna disminucion en la frecuencia del pulso, es preciso que la miremos como el presagio de una terminacion pronta y fatal.

El estado del pulso se modifica progresivamente. Si la enfermedad camina á extinguir la vida de la parida, el pulso continúa frecuente y da de 120 á 140 pulsaciones; pero poco á poco se hace pequeño, blando, depresible, filiforme, y apenas se perciben sus latidos cuando la muerte se acerca.

Los desórdenes funcionales del estómago se manifiestan desde el principio de la enfermedad; sobrevienen náuseas, despues vómitos, que persisten á veces durante todo el padecimiento, y se componen al principio de los líquidos ingeridos y de mucosidades blanquecinas, tomando luego un tinte verde oscuro, debido á la bilis que refluye al estómago.

Estos vómitos son muy dolorosos por las sacudidas que deter-

minan en los órganos abdominales, y al fin de la enfermedad la mujer vomita sin grandes esfuerzos, y últimamente por una especie de regurgitacion, cuyo producto se observa en las sábanas. Dichos vómitos son espontáneos, pero la ingestion de bebidas, que hace necesaria la viva sed de las enfermas, los provoca y exaspera.

En la metritis simple pueden faltar los vómitos algunas veces, observándose sólo las náuseas, que en ocasiones tampoco se presentan.

Al principio de la enfermedad, el vientre parece disminuido de volumen y como retraído; pero bien pronto se hincha por efecto de la abundante produccion de gases intestinales, llegando á veces este meteorismo á un grado tal, que rechazando á los pulmones hace muy dificultosa la respiracion de las enfermas.

El derrame de serosidad en el peritoneo contribuye poco al desarrollo del abdomen, pudiendo la percusion localizar su presencia hácia los vacíos.

No es sólo el meteorismo abdominal la causa de los desórdenes respiratorios; á veces se observa una dispnea intensa, debida exclusivamente á lesiones profundas de la inervacion.

La astriccion de vientre es frecuente en la metro-peritonitis, siendo raro que se presente la diarrea, á menos que no exista, como complicacion, una flebitis. En este último caso, las materias excrementicias son muy fétidas, líquidas, fuertemente teñidas por la bilis; generalmente contienen mucosidades y con frecuencia se expulsan sin la voluntad de la paciente.

Uno de los síntomas más constantes de la enfermedad es la alteracion de la fisonomía, tan característica, que á menudo se puede hacer el diagnóstico sólo por ella y sin aguardar la presencia de otros síntomas. La cara está contraída, expresa ansiedad, abatimiento y tiene las más veces un tinte subictérico; los ojos llorosos y hundidos están rodeados de un círculo oscuro; los músculos de la cara están agitados parcialmente por contracciones fibrilares, y la frente y las mejillas, en el período grave, se hallan cubiertas de un sudor viscoso. Muy pocas veces la enfermedad comienza por un delirio pasajero, pues generalmente sólo cuando la terminacion fatal es inminente, es cuando se presentan desórdenes en la inteligencia. Al principio sólo se observa el estupor y la somnolencia.

No se suprime el flujo loquial como muchos creen, pues aunque parece algo disminuido en el período del escalofrío, en seguida se restablece, con variaciones en cantidad, que son individuales. Sobre este particular nada existe de característico. Con más constancia es modificada la secrecion láctea, pues suele ser muy raro que persista cuando la enfermedad aparece con alguna intensidad.

El predominio de algunos síntomas ha hecho que se divida la metro-peritonitis en tres formas: inflamatoria, biliosa y tifoidea,



según que la reacción vascular es violenta, si predominan los síntomas gástricos, ó si la enferma presenta la postración de la adinamia.

La metro-peritonitis puede complicarse con una pleuresía ó una pulmonía, pero principalmente en la flebitis, es donde se observan estas lesiones.

**DIAGNÓSTICO.** — El diagnóstico de la metro-peritonitis no es difícil cuando la enfermedad empieza con alguna intensidad y presenta los síntomas más característicos; pero hay casos en que su curso es insidioso, y en los que se desenvuelve sordamente. En estas circunstancias hay que tener en cuenta el medio donde se encuentra la enferma, especialmente la influencia epidémica que puede experimentar.

Algunos estados morbosos, ajenos á la fiebre puerperal, pueden hacer dudar al práctico, y hasta que forme un juicio inexacto, pues ya hemos dicho que la retención de orina, causada por una parálisis de su reservorio, podía determinar dolores vivos en la región hipogástrica y dar ocasión para un movimiento febril. En estos casos faltan los escalofríos, y con un poco de atención el práctico reconocerá fácilmente que la distensión de la vejiga es la única causa que motiva los dolores.

Cuando existe en la vulva una rasgadura de mediana longitud, se puede observar la frecuencia del pulso, pero también faltan los escalofríos y los dolores en el hipogastrio.

Puede también suceder que, después de un parto prolongado, el útero permanezca sensible por uno ó dos días, y que sobrevengan al mismo tiempo entuertos violentos. Esta ya es una coincidencia más dificultosa para el profesor, quien, sin embargo, podría reconocerla por medio del examen atento.

Un signo importante de averiguar es la falta de escalofríos. Estos tienen realmente un gran valor, aunque á veces se manifiestan con varios intervalos y sin preceder ni acompañar á ninguna lesión grave, siendo en este caso un simple fenómeno nervioso. Rara vez se presenta al principio de la calentura láctea, pero no es posible que se los observe al tiempo de establecerse esta secreción, que en este caso va acompañada de reacción bastante graduada.

Todas estas circunstancias pueden combinarse entre sí de tal modo, que impidan hacer un diagnóstico exacto, en cuya anómala situación vale más empezar un tratamiento activo, aunque sea inútil, que dejar á la mujer expuesta á una enfermedad, que en ciertos casos puede cortarse en su principio.

**PRONÓSTICO.** — Diversas son las circunstancias que influyen en el pronóstico. Es siempre gravísimo: 1.º Cuando se desarrolla la enfermedad en medio de una epidemia. — Se citan epidemias, raras en verdad, en las que casi todas las enfermas sucumbieron; 2.º cuando empieza la enfermedad durante ó inmediatamente después del parto. — Es raro entonces que la terminación

no sea rápida y funesta ; 3.º cuando la peritonitis se generaliza y se hace supraumbilical (Beau). — Se forman extensos derrames y es excepcional el que se obtenga la curacion ; 4.º cuando desde el principio la forma es atáxica ó tífica ; 5.º cuando la enfermedad reconoce por causa una rotura ó el traumatismo de un órgano ; 6.º es grave la enfermedad cuando sobreviene despues de una hemorragia abundante ; 7.º la frecuencia continuada del pulso, pasando de 120, es excesivamente grave, aun cuando los otros síntomas parezcan decrecer.

Las condiciones opuestas á las que acabamos de indicar hacen que el pronóstico sea menos grave ; así que : 1.º Cuando la enfermedad es esporádica y fuera de los focos de contagio, el arte se halla menos desarmado para combatirla ; 2.º si en estas circunstancias la enfermedad empieza transcurrido el octavo dia, ó por lo menos en el quinto ó sexto despues del alumbramiento, se obtiene la curacion en la mayoría de los casos. — Las probabilidades favorables aumentan á medida que la invasion se aleja de la época del parto ; 3.º una reaccion moderada, la falta de vómitos y de meteorismo son otras tantas buenas circunstancias ; 4.º la localizacion de la enfermedad en la region uterina (peritonitis infraumbilical de Beau) va seguida generalmente de la curacion.

LESIONES ANATÓMICAS. — Ya hemos dicho que en algunos casos no se encuentran lesiones capaces de explicarnos la muerte, lo que de ningun modo significa que no existan, probando tan sólo que en ocasiones son poco visibles. Las alteraciones anatómicas que hallamos en el metro-peritonitis son variables y dependen de la duracion de la enfermedad ó del punto donde se ha localizado.

Cuando el útero ha sido el especialmente atacado, se nota que no ha sufrido la retraccion fisiológica que adquiere despues del parto. Su cavidad está cubierta por una materia saniosa, putrilaginosa, gris ó rojiza, sin olor loquial ó con olor infecto, y que quitamos dejando caer sobre ella un chorrito de agua. El tejido subyacente es amarillento y ha perdido algo de su consistencia. A veces el músculo uterino ha experimentado una alteracion más profunda, se ha reblandecido en una extension variable de su espesor, cuyo reblandecimiento, que tiene un olor gangrenoso, destruye la textura del órgano, que no aparece tal cual es, sino en los sitios en que ha quedado sano. En ocasiones la descomposicion cadavérica produce un fenómeno análogo : pero las otras lesiones concomitantes aclararán las dudas del observador.

El útero puede experimentar una alteracion todavía más profunda en algunos casos raros indicados por Böer Luroth, Danyau, etc. Han visto en la cara interna de este órgano verdaderas escaras gangrenosas, blandijas, morenas, grises ó negruzcas, circunscritas con limpieza é interesando más ó menos el grueso del tejido. Dichas escaras pueden ocupar extension variable y

presentarse en todos los puntos del órgano ; sin embargo, se las observa principalmente hácia el cuello.

Tambien se ha hablado de una infiltracion purulenta del tejido uterino, en el que se presentan en ocasiones pequeños abscesos.

Tarnier ha notado el aumento de volumen del hígado y su alteracion adiposa. Esta lesion se manifiesta bajo la forma de manchas amarillentas muy numerosas, de volumen variable y muy visibles, sobre todo en la periferia del órgano.

Ya veremos, al hablar de la flebitis y de la angioleucitis, que á menudo coexistan con la metritis las alteraciones que se observan por efecto de estas complicaciones. Si la metritis es simple, puede suceder que no exista ninguna alteracion del peritoneo ; sin embargo, las más veces se observa una inyeccion del tejido subperitoneal que recubre la matriz, principalmente hácia sus partes laterales.

Cuando los síntomas, en el curso de la enfermedad, han demostrado una inflamacion del peritoneo, hallamos el tejido celular subyacente á esta membrana muy inyectado en una extension relacionada con la intensidad de los fenómenos que se observaron durante la vida. Cuando los derrames se han verificado en la serosa, esta vascularidad es menos manifiesta, y en algunos puntos casi no se conoce. La naturaleza de los derrames varía ; están constituidos por una serosidad turbia y llena de copos ó por el pus ; siendo muy notable que el peritoneo bañado por estos líquidos puede quedar perfectamente sano, al parecer, y transparente cuando se limpia con cuidado su superficie. Generalmente la cantidad de líquido derramado no pasa de 1.000 gramos.

En las peritonitis generalizadas se pueden desarrollar falsas membranas en todos los órganos que la serosa tapiza, llegando á veces dicha produccion patológica á circunscribir pequeños depósitos purulentos.

Tarnier y Vulpian, despues de examinar con el microscopio el líquido puriforme contenido en las trompas, han negado que estuviera constituido por pus verdadero, y lo han hallado compuesto de glóbulos mucosos y de células de *epithelium vibrátil*.

El intestino está meteorizado por gases, y con frecuencia sus asas están unidas por falsas membranas, principalmente hácia la region de la pelvis.

TRATAMIENTO.—La multiplicidad de los remedios propuestos es una prueba de su impotencia ; todos han demostrado su ineficacia en las epidemias graves, y la curacion de la peritonitis generalizada parece ser superior á los recursos del arte. Gran número de agentes se han empleado contra esta terrible enfermedad, pero los buenos resultados, que han hecho creer por un instante en su eficacia, no han tardado en quedar destruidos ante reveses más ostensibles.

Así la ipecacuana, el sulfato de quinina, los purgantes y las sangrías han tenido partidarios decididos, y hoy muy pocos cuentan con su ayuda. Para explicar por qué sus resultados han sido desfavorables, han dicho que la forma de la enfermedad imponía á la terapéutica indicaciones especiales que no había más remedio que respetar: así, los vomitivos debían oponerse á la forma gástrica, y las emisiones sanguíneas á la reaccion inflamatoria.

Hasta ciertos límites esto es verdad, pero conviene no exagerar las cosas. Los vómitos de la pretendida forma gástrica revelan simplemente la lesión del peritoneo; no son, pues, más que síntomas secundarios, que desaparecen al hacerlo la inflamacion de la serosa. ¿Es capaz el vomitivo, por su naturaleza, de modificar esta inflamacion? Nadie se atreverá á afirmarlo.

Dirigen las sangrías generales contra el llamado estado inflamatorio. Pero la enfermedad se transforma en su curso, y hay muchas veces el temor de ver que sucede el estado tifoideo al inflamatorio, por la influencia de las sangrías abundantes.

Es preciso no perder de vista que la eficacia del tratamiento depende principalmente de las circunstancias que acompañan al estado morbozo: así, las probabilidades favorables serán infinitamente menores en un foco epidémico cuando la peritonitis se generaliza y cuando, en las condiciones normales, la enfermedad se anuncia en el momento del parto. Por lo tanto, cuando la enfermedad es esporádica y localizada á la region pelviana (peritonitis infraumbilical), una medicacion inteligente podrá dar buenos resultados.

Los dolores hipogástricos se combatirán, tan pronto como se inicien, con una aplicacion de 15 ó 20 sanguijuelas en el punto donde la sensibilidad se manifieste. Esto es lo primero que se debe hacer, y en seguida recurrir al frio por el método de Béhier. Contra los vómitos opondremos la administracion del hielo ó de la nieve, de la que tomará la enferma una cucharadita de diez en diez minutos, de modo que el hielo se derrita, no en la boca, sino en el estómago de la paciente. Este es el medio más enérgico que puede administrarse contra los vómitos, que ademas tiene la preciosa circunstancia de calmar, sin inconveniente la sed inextinguible de las enfermas.

Los mercuriales disfrutaban de una reputacion antigua, no del todo usurpada. Se los podrá administrar al interior, los calomelanos á la dosis de un centígramo cada hora, y la pomada mercurial en fricciones sobre la piel del abdomen durante uno ó dos dias.

Se ha dicho que el ptialismo iba siempre seguido de la curacion.

Este aserto no es rigurosamente verdadero, porque existen observaciones de mujeres que murieron á pesar de una salivacion abundante.

Podrá ademas administrarse una pocion opiada.

## FLEBITIS.

A menudo coexiste la flebitis puerperal con la metro-peritonitis y la linfangitis, pero tambien se la observa aislada de estas complicaciones.

Algunos autores han llegado á considerar la inflamacion de las venas uterinas como la lesion esencial de la fiebre puerperal, en cuyo caso las otras alteraciones serían consecutivas y secundarias. Esta opinion no puede aceptarse, porque con frecuencia no hallamos en la autopsia el más ligero indicio de flebitis.

Es muy notable que en ciertas epidemias se vea al mayor número de enfermas experimentar la misma forma de fiebre puerperal. Generalmente es una metro-peritonitis, aunque algunas veces la flebitis ó la linfangitis son las que dominan casi exclusivamente. Este caracter singular es la causa de que los observadores que lo han notado hayan querido subordinar al síntoma que más ha llamado la atencion todas las formas de la fiebre puerperal.

Este predominio de una lesion determinada en numerosas enfermas es uno de los misterios inexplicables de las epidemias.

Nosotros sólo examinaremos aquí lo relativo á la flebitis, sin complicaciones inflamatorias del útero, del peritoneo ni de los linfáticos. Nos bastará recordar que muy á menudo estos diversos estados morbosos se reunen en una misma enferma, para comprender fácilmente el resultado de sus combinaciones, sin que tengamos necesidad de recurrir á repeticiones inútiles.

**SÍNTOMAS.** — Los síntomas deben clasificarse en dos períodos. En el primero la afeccion es local y las lesiones están limitadas á la region hipogástrica. En el segundo el pus ha penetrado en el torrente circulatorio y la enfermedad presenta un aspecto distinto.

*Primer período.* — No siempre es fácil conocer cuándo empieza el proceso patológico; á veces marcha de una manera insidiosa y está como latente. El estado general de la enferma es satisfactorio, el pulso normal, la piel fresca, el vientre indolente; cuando de pronto, al cabo de veinticuatro, cuarenta y ocho horas, ó mucho despues, sobreviene un violento escalofrío. Su duracion, rara vez de menos de un cuarto de hora, puede serlo de varias horas, yendo acompañado á menudo de una fluxion láctea que distiende las mamas, aun cuando la calentura láctea se haya presentado ya. Cuando el escalofrío se verifica antes de la subida de la leche, nos puede engañar haciéndonos creer que se trata simplemente de una exageracion del fenómeno fisiológico. Despues del escalofrío el pulso se eleva de repente á 110 y 120 pulsaciones por minuto, y permanece frecuente y duro. Al mismo tiempo sobreviene un dolor localizado en el fondo ó en un lado del útero, que en ocasiones es tan ligero que no llama la atencion de la enferma, pero la presion lo hace más vivo.



Este dolor puede ser reemplazado ó coincidir con dolores de riñones análogos á los que se observan durante el parto. Por la palpacion se encuentra tambien el cordon indicado por Béhier.

En la flebitis el útero experimenta una disminucion de volumen : pero decrece de un modo menos rápido que en el estado fisiológico, y con intermitencias, en las que vuelve á aumentar de volumen. Todavía á los veinte dias se puede tocar su fondo por encima del pubis.

No se suprimen los loquios, únicamente son menos abundantes, y adquieren un olor fétido.

El apetito puede persistir, la sed generalmente es viva, la cara no experimenta ninguna alteracion, y aparte de la frecuencia del pulso, la enferma parece hallarse en un estado poco grave.

Este período suele variar de dos á diez dias, el escalofrío no se repite, y los dolores uterinos pueden desaparecer por completo. Despues, brusca ó progresivamente, la flebitis entra en una nueva faz.

*Segundo periodo.* — Los escalofríos aparecen y se repiten, ya cuotidianamente, ya en dias alternos. Cuando se presentan, hacen la fluxion láctea cada vez menos intensa, no tardando en agotarse y quedar flojas las mamas. El pulso aumenta de frecuencia, elevándose á 130 y 140 ; sobreviene una diarrea fétida y continua, verificándose á veces involuntariamente la expulsion de los materiales ; la piel está ardiente y cubierta de sudor despues de los escalofríos ; la cara amarillenta ; los ojos se hundien y rodean de un círculo negruzco ; el delirio, primero nocturno, persiste durante el dia al final de la enfermedad.

En las membranas serosas se verifican derrames purulentos sin síntomas locales bien marcados. Las pleuresías suelen anunciarse por disnea y dolor en el costado. Los derrames articulares van, al contrario, precedidos generalmente de vivos dolores ; á veces coinciden con un enrojecimiento superficial y una congestion de las venas subcutáneas. Cuando la flebitis invade un miembro, éste se hincha, las venas superficiales figuran cuerdas moniliformes, duras y dolorosas, viéndose presentar en la region erupciones miliars ó el eritema nudoso. Las picaduras de las sanguijuelas se inflaman casi constantemente, se ulceran, se unen unas á otras, y constituyen verdaderas pústulas de éctima.

**CURSO. DURACION.** — Estos fenómenos patológicos tienen un curso casi continuo, y presentan con frecuencia las remisiones aparentes que se observan en la infeccion purulenta. La duracion de la enfermedad es bastante larga cuando no vienen complicaciones á acelerar el término fatal ; así es que se ha visto sucumbir á las enfermas á los veinte, treinta, cuarenta y aun más dias.

En todos los casos que han terminado por curacion, la convalecencia ha sido muy larga.

**PRONÓSTICO.** — El pronóstico de la flebitis uterina es suma-

mente grave cuando la enfermedad ha entrado en el segundo período, porque bien sabemos lo impotente que es el arte cuando el pus ha penetrado en la circulacion. Las curaciones que en estas circunstancias se observan son excesivamente raras.

**DIAGNÓSTICO.** — El diagnóstico diferencial de la flebitis y de la metritis casi pudiéramos decir que es imposible al principio de la enfermedad, persistiendo la duda hasta el fin cuando se trata de una linfangitis. Los síntomas generales y locales son los mismos; sin embargo, en el segundo período las vacilaciones que hicieron suponer una metritis desaparecen, porque la repeticion de los escalofríos es característica de la flebitis uterina.

**LESIONES ANATÓMICAS.** — Cuando la flebitis coincide con la metro-peritonitis, se presentan las lesiones de que hemos hablado al ocuparnos de esta última forma de la enfermedad. Si, por el contrario, la flebitis existe sin complicacion, observaremos las alteraciones siguientes:

El tejido uterino ha conservado su dureza y resistencia, sin presentar en este punto nada de particular. Los senos están modificados, pero no todos participan de la alteracion: los unos permanecen completamente sanos, su membrana interna es lisa, continua, de un tinte rosado, y contiene un coágulo filiforme, como se observa en los puerperios felices; los otros están llenos de un pus cremoso.

Las sajas ó secciones del órgano hechas en el trayecto de las venas inflamadas hacen rezumar espontáneamente el pus en forma de gotitas muy pequeñas, que la presion sobre el tejido hace aumentar de volumen. La pared del vaso es blanquecina mate y su espesor ha experimentado un aumento notable. Algunas veces hallamos senos en su estado fisiológico, rodeados por otros que han sufrido la alteracion inflamatoria. Estos últimos no están siempre, como pudiera creerse, en relacion con el punto donde se insertó la placenta, sino que se los encuentra hácia los bordes del útero, en la union del cuerpo con el cuello, siendo menos numerosos en las caras y fondo del órgano. Siempre están situados á una profundidad variable, generalmente en la parte media de la capa muscular, cerca de la superficie externa ó casi debajo del peritoneo, del que están separados por una corta distancia. La cavidad uterina se encuentra tapizada por una capa blanda, pultácea, constituida principalmente por el pus.

Los vasos del paquete venoso que serpean por las hojas de los ligamentos anchos, entre el ovario y el útero, están aglutinados por la linfa plástica, y tienen su pared engrosada, blanquecina, y su cavidad llena de pus, cuya circulacion no impiden coágulos obliterantes.

Cuando la muerte se verifica en un período avanzado de la enfermedad, se observan ademas lesiones secundarias determinadas por la infeccion purulenta, caracterizadas por abscesos

metastáticos que se desarrollan en los órganos parenquimatosos, por derrames purulentos ó sero-purulentos en las serosas, y por inflamaciones articulares que han terminado por supuración.

Se ha discutido sobre si el pus de los senos provenía por absorcion de la cavidad uterina ó si se formaba directamente en ellos. Esta es una cuestion muy oscura y que se ha resuelto en los dos sentidos por los autores, sin que las opiniones se funden en otra cosa más segura que los razonamientos.

**TRATAMIENTO.** — Ya hemos dicho que la enfermedad, en su principio, era poco menos que imposible distinguirla de una metritis. En su consecuencia, el tratamiento debe ser el mismo: sanguijuelas á la region hipogástrica, aplicacion del hielo y pomada mercurial.

En el segundo período, y cuando los escalofríos repetidos indican la introduccion del pus en la circulacion, las indicaciones ya no son las mismas. No poseemos ningun medio que impida ó suspenda la intoxicacion purulenta; la tintura de acónito, las sanguijuelas, los calomelanos y una infinidad de medicamentos propuestos con este objeto no tienen ningun valor. Cuando la enferma se cura debemos atribuirlo á los esfuerzos de la naturaleza. Así, que parece racional, como quería Hunter, cuya opinion ha sido de nuevo publicada por Copeland, recurrir á un tratamiento tónico que sostenga las fuerzas del organismo y le ayude á luchar contra la depresion que la enfermedad le comunica.

Hay, pues, que abstenerse en absoluto de disponer las sangrías, cuyo efecto tiene que ser perjudicial. Alimentaremos á la enferma cuando sea posible, y recurriremos, sin que nos preocupe el estado del pulso, á los excitantes alcohólicos: vino de Málaga, de Bordeaux, té con ron, etc. (1).

En un caso de flebitis puerperal muy grave, que aconteció en una de mis clientes, creo que la curacion se debe atribuir á esta medicacion sostenida con energía.

La diarrea, que aniquila á las enfermas, se combatirá con la administracion de pequeñas lavativas laudanizadas (de 20 á 40 gotas al dia).

#### LINFANGITIS.

Los síntomas que caracterizan la linfangitis son oscuros en

---

(1) Entre los diversos tratamientos que contra la fiebre puerperal se han empleado desde hace nueve años en la Casa de Maternidad de Madrid, el que ha dado mejores resultados ha sido el aguardiente anisado á grandes dosis unido á la infusion de té despues de fria. A las enfermas se les administra esta bebida como usual en los primeros dias; y cuando la enfermedad va vencida, como postre despues de la racion de carne asada. Lo mas notable de esta medicacion es, que no determina la embriaguez en las enfermas, aun cuando no estén habituadas al uso pernicioso de los alcohólicos. — (N. de los T.)

extremo, sin que póseamos, por lo tanto, elementos seguros de diagnóstico que la permitan distinguir de la metritis ó de la flebitis. Generalmente coexiste con otras formas de la fiebre puerperal; pero tambien en ocasiones se presenta sola, como lo prueban cierto número de observaciones, principalmente una muy exacta que pertenece á R. Reé. A pesar de los trabajos de Dance, Boivin y Dugès, Tonnelé, Duplay, Nonat, Voillemier y Botrel, quedan todavía muchos puntos oscuros en el estudio de la linfangitis puerperal. Cruveilhier la considera como la expresion más característica de la fiebre puerperal, y dice haberla observado sin otras complicaciones.

En una epidemia de que habla Botrel sólo se observaron linfangitis y peritonitis. Nonat y Duplay han comprobado hechos análogos.

En la autopsia se ha encontrado supuracion en los vasos linfáticos, á menudo están voluminosos, moniliformes y presentan dilataciones considerables que simulan abscesos del parénquima uterino. Unos se dirigen hácia los ganglios lumbares, otros desembocan en los ganglios sacros ó pelvianos, que están entonces inyectados de pus. Los autores se inclinan á admitir que los ganglios forman al paso del pus una barrera infranqueable; pero existen observaciones que prueban que ésta opinion no es rigurosamente exacta, puesto que se ha seguido al pus hasta la cisterna de Pequet, que estaba llena, y hasta el conducto torácico. Petrel ha dejado establecido este hecho despues de varias autopsias practicadas con gran cuidado. Así se comprende cómo la infeccion purulenta en la linfangitis se puede verificar como en la flebitis y con iguales síntomas.

Los vasos linfáticos afectados por la inflamacion presentan sus paredes adelgazadas y están transparentes sin la hipertrofia de las paredes que se observa en la flebitis.

La analogía de los síntomas y del curso de estas dos enfermedades, hacen que su tratamiento sea idéntico.

#### FLEGMONES DE LOS LIGAMENTOS ANCHOS. — OVARITIS. INFLAMACION DE LA TROMPA.

Las particularidades que se refieren á la ovaritis puerperal no pueden estudiarse en cierto modo más que teóricamente. Esta lesion pertenece á un grupo especial de inflamaciones, que se localizan en los ligamentos anchos, en el tejido celular que media entre sus hojas y en la trompa. La peritonitis parcial y localizada es un resultado frecuente de estas alteraciones.

En el terreno de la práctica es casi imposible hacer un cuadro sintomatológico especial de estos diversos estados, pues frecuentemente coexisten en la misma mujer.

El estudio de los flemones de los ligamentos anchos es muy antiguo; ha tenido épocas en que se ha mirado con alguna negligencia, y el predominio que algunos autores atribuían á ciertos

elementos anatómicos en la inflamacion no modificaba de un modo notable las ideas generalmente admitidas. Nonat, hace algunos años, presentó la cuestion como nueva, atribuyendo á los flegmones periuterinos, es decir, á la inflamacion del tejido celular que tapiza las caras anterior y posterior del útero, los accidentes que se localizaban antes en los ligamentos anchos. La generalidad no acepta esta opinion, y admite con Bernutz y Goupil que las alteraciones se establecen realmente en el tejido celular de los ligamentos anchos, en el peritoneo que forma estos repliegues y en los órganos que envuelve.

Esta afeccion es mucho menos grave que la que acabamos de estudiar, y lo raro de las autopsias es la causa de la divergencia de opiniones sobre este punto. Pero si el flegmon de los ligamentos anchos es menos grave, no por eso estamos autorizados para separarlo del cuadro de las manifestaciones de la fiebre puerperal; porque está casi demostrado que se desarrolla exclusivamente bajo la influencia morbosa á que se halla sometida la mujer despues del alumbramiento.

Está bastante bien averiguado que el ovario ó la trompa son rara vez el punto de partida de la inflamacion, pues parece que el flegmon ataca primitivamente al peritoneo, de donde se extiende á los órganos y al tejido celular contenido en sus repliegues. La inercia funcional del ovario durante el embarazo y la poca vascularidad de la trompa, cuyos actos son pasivos, explican bien este resultado.

En algunos casos el flegmon de los ligamentos anchos coincide con la flebitis ó la metritis. Aparte de las causas generales de la fiebre puerperal, la afeccion suele reconocer por causa una imprudencia de la parida, que se levanta demasiado pronto.

**SÍNTOMAS.** — La descripcion de los síntomas que se observan en los flegmones de los ligamentos anchos presenta grandes dificultades, que dependen de los diferentes aspectos con que se reviste la enfermedad, y de las pocas autopsias que por su motivo se practican. Los elementos que pueden ser interesados primitivamente son múltiples, y la expresion del padecimiento no es siempre la misma; la inflamacion puede invadir uno solo de estos órganos ó fijarse en varios, de cuyas variedades patológicas resulta una verdadera dificultad para que encuentre el clínico la precision que busca.

La enfermedad empieza generalmente del segundo al octavo dia despues del parto, algunas veces más tarde, y en ocasiones se la ha visto aparecer en el décimoquinto, vigésimo, y aun en época más distante. Tal vez en estos últimos casos se tratara de flegmones de marcha insidiosa, que existieron algunos dias latentes antes de manifestarse por síntomas que revelaran su presencia. Por lo comun, los accidentes se manifiestan de un modo brusco, empezando por escalofríos violentos ó moderados, aunque este síntoma puede faltar completamente.



Cuando se presenta, coincide con un dolor vivo, que se exagera por la presion y los movimientos, y se irradia á todo el hipogastrio, á veces hácia la region lumbar ó hácia el muslo del mismo lado. Al mismo tiempo el pulso se eleva y pone frecuente; pero en los casos de mediana intensidad no se observa la fiebre más que por la tarde ó por la noche, durante la cual se nota, casi constantemente, una agravacion de todos los síntomas.

Los vómitos son raros, y cuando sobrevienen se los debe atribuir á inflamaciones, más ó menos circunscritas, de la serosa. Las secreciones láctea y loquial disminuyen algo, pero no se suspenden.

En una época más avanzada, y antes que la supuracion se desarrolle, el dolor local se aplaca, es más sordo, y sólo lo despierta la presion. Este período de remision aparente, que no siempre se presenta tan marcada, inspira á menudo al práctico una falsa confianza. Basta, para que no nos entreguemos á ilusiones engañosas, palpar con cuidado el abdomen, porque en él nos encontraremos un tumor que ocupa el ligamento ancho, á veces accesible al dedo que reconoce por la vagina. Este tumor es más ó menos circunscrito, más ó menos voluminoso, segun esté la inflamacion localizada en un punto limitado ó se extienda á las partes contiguas; sus límites inferiores descienden á veces hasta la pelvis menor, y su consistencia permite circunscribirlo sin mucha dificultad. La resistencia que en él se percibe es bastante característica. Por el tacto vaginal se reconoce que está separado del cuello uterino, cuando llega á esta region, por un surco muy marcado de anchura variable. Otro signo igualmente característico es la inmovilidad del tumor, que parece haber contraído adherencias con las partes inmediatas de la pelvis. El útero, al contrario, obedece á la impulsión que el dedo explorador le comunica, sobre todo si ésta es de delante atrás.

Algunas veces la inflamacion invade las partes laterales de la pelvis, habiéndose visto sobrevenir, al lado del flegmon del ligamento ancho, otro flegmon de la fosa iliaca que se desarrolla con sus síntomas propios, que despues estudiaremos.

El flegmon de los ligamentos anchos se detiene frecuentemente en su período de induracion, en cuyo caso desaparece con suma lentitud, y despues de recrudescencias pasajeras, en las que aumenta de volumen. Su dureza característica se convierte en una especie de pastosidad, y al cabo de un tiempo, que puede pasar de dos meses, se borran por completo los últimos vestigios de la inflamacion.

Durante este período, la reaccion general ha desaparecido; no existe fiebre; así es que cuesta gran trabajo obtener de la enferma, que se cree curada, la quietud necesaria para la terminacion favorable de la dolencia.

El período de induracion sólo es generalmente un estado transitorio de la flegmasia, despues del cual se presenta la supu-

racion con su inseparable cortejo de síntomas. La enferma experimenta pequeños y repetidos escalofríos erráticos, seguidos de sudor, especialmente por la tarde; el pulso se pone frecuente con remisiones que simulan la intermitencia; el apetito desaparece por completo; sobrevienen vómitos y diarrea; la enferma adelgaza y su cara toma un tinte terroso; los dolores de vientre reaparecen de un modo continuo y con mucha persistencia; el tumor, que era indolente á la palpacion, adquiere una sensibilidad extrema; pierde su dureza, aumenta de volumen, eleva la pared abdominal, y deja que en él se perciba una oscura fluctuacion.

El pus formado tiene necesariamente que abrirse camino al exterior. Cuando se dirige hácia la pared abdominal, lo que sucede las más veces, la piel se enrojece en un punto limitado, y la fluctuacion ya se hace manifiesta. La coleccion purulenta puede tambien seguir otra vía de eliminacion, y entonces se ve al tumor, despues de haber contraído adherencias con los órganos próximos, abrirse más comunmente en la vagina y en el recto que en la vejiga, el útero ó el peritoneo.

Algunas veces, sólo despues de varios meses, es expulsado el pus de su foco primitivo, viéndose entonces mejorar en breve tiempo el estado general de la enferma, á menos que el aniquilamiento producido por la duracion del mal no haya agotado sus fuerzas.

**PRONÓSTICO.** — El pronóstico es infinitamente menos grave que en las otras formas de fiebre puerperal que acabamos de exponer, puesto que termina generalmente por la curacion; sin embargo, el curso, á menudo prolongado, de la enfermedad, es una circunstancia que el práctico debe hacer presente á la familia de la mujer.

El pronóstico será reservado en lo que se refiere á la posibilidad de nuevos embarazos, porque las adherencias, que acaso existan en los ligamentos anchos, dificulten la ampliacion del útero y queden expuestos á romperse por esta causa. Ya he hablado de un caso de esta naturaleza terminado por la muerte.

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.** — Durante el período de invasion, el diagnóstico del flegmon de los ligamentos anchos es bastante difícil de hacer, porque los dolores hipogástricos y los fenómenos generales que se presentan son comunes á las demas formas de fiebre puerperal que hace poco hemos estudiado. Despues de algunos dias la situacion se despeja, y la enfermedad sólo puede ya confundirse con el flegmon de la fosa iliaca, del que en seguida nos ocuparemos.

**LESIONES ANATÓMICAS.** — Estas difieren, segun que la inflamacion se extienda á los órganos contenidos en los ligamentos anchos, ó quede localizada en un punto circunscrito. Cuando el ovario es atacado, las lesiones que presenta están en relacion con la violencia y tiempo que duró la enfermedad, pudiendo es-

tar su tejido simplemente inyectado, ó reblandecido y friable. En un período más grave está infiltrado de pus, y hasta se le ha visto transformado en una bolsa purulenta, sin que pudieran reconocerse sus elementos destruidos. Su volumen experimenta igualmente grandes variaciones, pudiendo llegar á tener el tamaño de la cabeza de un niño.

Cuando el estado morbooso comprende las trompas, éstas presentan las diversas modificaciones que se encuentran en los tejidos inflamados: reblandecimiento, congestión, infiltración; habiéndose visto además desarrollarse en su cavidad abscesos circunscritos por alteraciones que limitaban el foco purulento. Estos abscesos pueden adquirir en ciertos casos un volumen considerable.

Cuando el flegmon está localizado en el tejido celular de los ligamentos anchos, este último experimenta las alteraciones y modificaciones que se observan cuando se establece en él un absceso; percibiéndose además trayectos fistulosos por los que ha salido el pus, á través de la pared abdominal ó de los órganos inmediatos.

Después de la curación quedan adherencias, de cuya gravedad, bajo el punto de vista de un nuevo embarazo, nos acabamos de ocupar.

El peritoneo, que forma los pliegues de los ligamentos anchos, puede estar inyectado ó engrosado al nivel del punto donde existe la inflamación, pudiéndose también formar adherencias entre el peritoneo y las asas intestinales.

Bernutz dice que estas lesiones dependen de una enfermedad especial, á la que da el nombre de pelvi-peritonitis, que para mí no es más que una variedad poco caracterizada del flegmon de los ligamentos anchos.

TRATAMIENTO. — El tratamiento difiere según los diversos períodos de la enfermedad. Al principio se recurrirá á las aplicaciones de sanguijuelas sobre el punto doloroso, al hielo, y, por último, á los demás medios que dejamos consignados al tratar de la metro-peritonitis. En el período de induración, y cuando la fiebre ha desaparecido, recurriremos á los vejigatorios volantes, renovados varias veces. Recomendaremos la quietud á la enferma, porque es una condición indispensable para lograr un buen resultado. Cuando la supuración se presenta, es preciso, tan pronto como de ello tengamos certeza, dar salida al pus por la pared abdominal, si es posible, con el objeto de evitar la abertura espontánea del absceso en los órganos inmediatos. Se ha preconizado la potasa cáustica como medio de llegar hasta el foco del absceso. Es prudente seguir este precepto cuando se cree que no existen todavía adherencias entre el tumor y el peritoneo parietal; pero cuando la piel enrojecida y alterada permite reconocer una fluctuación evidente y demuestra la formación de las adherencias, es preferible, en estas circunstancias, emplear un trócar

de bastante calibre para dar salida al pus. Despues de evacuado éste se practicarán inyecciones iodadas, y nos opondremos á la obliteracion del trayecto artificial colocando en su interior un trozo de una sonda flexible. Tambien haremos la compresion metódica del abdomen por medio de un vendaje apropiado, con el objeto de aproximar cuanto sea posible las paredes del absceso. En los casos en que el tumor forme eminencia en la vagina, practicaremos la puncion por esta vía.

El estado general de la enferma indicará el régimen que le debemos prescribir.

#### FLEGMON DE LA FOSA ILIACA.

El flegmon de la fosa iliaca tiene grandes relaciones con el de los ligamentos anchos, que alguna vez lo origina por extension de la flegmasía. Sin embargo, cuando se manifiesta solo, tiene signos suficientes para que un práctico observador no lo pueda confundir. La enfermedad se presenta las más veces en los dos primeros dias que siguen al parto, y disminuye su frecuencia á medida que nos alejamos de esta época.

SÍNTOMAS.—Los síntomas del flegmon iliaco son algo oscuros al principio; la enferma puede no experimentar ni escalofrío ni dolor local durante los primeros dias; apenas existe fiebre, y ya se percibe un tumor en la fosa iliaca cuando la enfermedad no se ha manifestado todavía más que por algo de malestar. Sin embargo, los fenómenos morbosos ordinariamente son más acentuados: el escalofrío falta frecuentemente, pero existe un dolor vivo, contusivo ó lancinante en la fosa iliaca, que se exaspera con la presion y los movimientos, y que se irradia hácia diferentes puntos del abdomen, órganos genitales, y principalmente hácia el miembro inferior correspondiente. Este es un síntoma frecuente y característico. En un período más avanzado, el muslo está en semiflexion, y no puede la enferma extenderlo sin experimentar vivos sufrimientos. Se atribuye esta complicacion á la compresion de los nervios determinada por el tumor ó á la inflamacion del psoas. El miembro inferior está á menudo infiltrado. En algunas enfermas, el dolor vivo que sienten en el muslo es reemplazado por hormigueo ó adormecimiento.

Cuando se explora la fosa iliaca se percibe, á partir del cuarto dia despues de la invasion de la enfermedad, un tumor que ocupa dicha region, y que es duro, resistente, no pulsátil, poco movable, proeminente cuando se desarrolla en el tejido celular subperitoneal, aplastado, por el contrario, cuando está contenido por la aponeurosis.

Su diámetro varía entre 5 y 12 centímetros, y sólo cuando es considerable determina las compresiones nerviosas que se extienden hasta el miembro inferior.

No pocas veces suelen observarse náuseas y vómitos, que son

la consecuencia de la inflamacion parcial del peritoneo que tapiza el tumor.

La supuracion es casi constante en el flegmon de la fosa iliaca, y cuando se manifiesta, se presentan nuevos síntomas.

La sensibilidad del tumor se hace más viva, la fiebre aumenta, y se observan ligeros escalofríos seguidos de sudores.

El curso de los abscesos iliacos es generalmente bastante lento, transcurriendo en ocasiones dos meses entre el principio de la enfermedad y la curacion.

La supuracion se fragua camino, en la mayoría de los casos, á traves de la pared abdominal, y muy rara vez por el intestino, la vagina ó el peritoneo.

TRATAMIENTO. — El tratamiento de los flegmones iliacos es igual al del flegmon de los ligamentos anchos. No añadiremos, pues, nada á lo que dejamos dicho al tratar de esta última afeccion.

#### GANGRENA DEL CUELLO UTERINO, DE LA VAGINA Y DE LA VULVA.

El cuello del útero, la vagina ó la vulva pueden presentar escaras gangrenosas á consecuencia del parto. El mecanismo de la lesion difiere por completo, segun que recae en las partes internas ó externas de la generacion, por lo cual la examinaremos separadamente en estas dos regiones.

La gangrena del cuello uterino ó de la vagina es el resultado, en la mayoría de los casos, de la compresion que sufren las partes blandas de la madre contra el pubis, por la inmovilidad prolongada de la cabeza fetal, despues de rotas las membranas. Ya hemos explicado este traumatismo, cuya consecuencia es la produccion de fístulas urinarias por destruccion de la pared de la vejiga.

No nos ocuparemos aquí de las consecuencias ni del tratamiento de estas fístulas, que corresponden al dominio de la cirugía general, contentándonos con decir que esta repugnante dolencia, que no deja á la mujer retener la orina, y que en otro tiempo era casi incurable, puede operarse con buen resultado á veces, gracias al progreso del arte en nuestros dias.

Las escaras gangrenosas debidas á la compresion están limitadas á la region que ha sido comprimida. Si al principio puede temerse la gangrena á causa de la marcha del parto, despues no es posible seguir su desarrollo por la situacion de las partes, que la oculta á nuestra vista. La enferma apenas acusa dolor; en ocasiones no existe ninguna reaccion febril; pero al cabo de algunos dias viene á despertar la atencion un síntoma particular, que es el olor gangrenoso de los loquios, y despues los trastornos de la excrecion urinaria, que no dejan duda acerca de la naturaleza de la lesion. La mujer no siente ya ganas de evacuar la vejiga, la orina pasa continuamente por la perforacion á la va-



gina, y la enferma, siempre mojada, esparce un olor infecto. La vagina y la vulva, bañadas por el líquido irritante, se ponen dolorosas. Este deplorable estado sólo desaparece por una operación.

La gangrena de la vulva se verifica por diversas causas, bastante mal determinadas. Puede ser epidémica, como Chavanne lo ha observado en Lyon, y entonces presenta el carácter contagioso muy manifiesto; pero lo más comun es, que se presente de un modo esporádico. Muy rara en la población, se la observa sobre todo en las Casas de Maternidad, donde el mal estado sanitario de las salas contribuye á su desarrollo; y cuando existe la fiebre puerperal, se ve en ocasiones que las mujeres que se han librado de la fiebre, han adquirido la gangrena de la vulva. La salida de la cabeza del feto determina cierto traumatismo en las partes blandas, pues existen contusiones, equímosis y rasgaduras del anillo vulvar; siendo en estos puntos donde la gangrena se desarrolla principalmente.

En la epidemia observada por Chavanne, y que duró varios meses, 26 mujeres estuvieron enfermas en diferente grado. En esta época existía una epidemia ligera de fiebre puerperal. Diez y nueve mujeres fueron atacadas de gangrena vulvar, de las cuales 2 fallecieron á consecuencia de la fiebre puerperal, encontrándose en la autopsia una gangrena del útero. Otras dos sucumbieron igualmente á la fiebre puerperal sin presentar nada en la vulva, pero el útero estaba gangrenado. Finalmente, 5 enfermas tuvieron una inflamación vulvar, acompañada de los síntomas locales y generales que anuncian una gangrena inminente, pero ésta no llegó á manifestarse y las 5 púerperas se curaron.

El contagio de la gangrena es evidente, porque Bouchacourt, que asistía á estas enfermas, la inculcó á una señora de su clientela particular (1).

Montain observó igualmente en Lyon, en 1815, una epidemia análoga. Se había desarrollado en el departamento de paridas, á consecuencia del hacinamiento de heridos, con podredumbre de hospital, en las demas salas. Trusseau observó la gangrena de la vulva en una parida; Raynaud, en su tesis, refiere cierto número de casos, y P. Dubois ha hecho de esta enfermedad el objeto de una lección en la clínica.

Yo he observado 5 ó 6 casos en el mismo establecimiento: uno de ellos se refería á una mujer atacada de caquexia serosa grave, y que sucumbió á pocos días despues del alumbramiento. El mal estado general de las paridas es una predisposición ma-

---

(1) Aunque nos cuesta trabajo decirlo, debemos manifestar nuestras dudas respecto á los hábitos de pulcritud y aseo del sin duda respetable M. Bouchacourt. En efecto, si un médico despues de un reconocimiento se lava las manos primero con agua y jabon, despues con vinagre, agua clorurada ó una disolucion de ácido fénico, aclarándose en seguida con agua sola, no puede contagiar á nadie. —(N. de los T.)

nifiesta á la enfermedad, siendo bajo este concepto muy activo el edema de la vulva.

Chavanne, al recoger con esmero las historias de las enfermas que había observado, pudo trazar una buena descripcion de la gangrena, la cual presenta un conjunto de síntomas bien determinados.

SÍNTOMAS.— Los síntomas locales son los que dominan principalmente, porque el pulso no está alterado, ni la secrecion de los loquios presenta nada de particular. Es verdad que la paciente se encuentra triste, abatida, indiferente y sin gana de comer; pero estos fenómenos suelen no llamarnos la atencion, á menos de que exista una epidemia de gangrena.

Los síntomas locales se manifiestan en el mismo dia ó en el que sigue al parto, cuando éste ha sido laborioso ó existe una rasgadura en la vulva. En el caso contrario, la invasion es algo más tardía, y tiene lugar en el tercero ó cuarto. Primeramente se observa en los grandes labios una tumefaccion edematosa circunscrita á esta region y sembrada á veces de puntos equimóticos; esta tumefaccion, poco dolorosa al principio, al cabo de uno ó dos dias se hace asiento de dolores sumamente vivos y urentes. Despues en la cara externa de los grandes labios, pero sobre todo en la rasgadura vulvar, cuando existe, se ven placas pultáceas, agrisadas, irregulares, que tienen el aspecto de la podredumbre de hospital, é inoculan por contacto al labio mayor opuesto. La vulva exhala al mismo tiempo un olor fétido.

Al cabo de dos ó tres dias se establece un trabajo eliminatorio alrededor de estas placas; la escara toma un color gris amarillento, se levanta ó cae del décimo al décimoquinto dia, mediante el pus que se forma por debajo de ella. El trabajo de reparacion marcha en seguida como en las úlceras simples, y no tarda en ser completa la cicatrizacion.

En ocasiones los síntomas están menos marcados, observándose un edema en la vulva acompañado de intensos dolores, pero sin formarse escaras.

TRATAMIENTO.— Bouchacourt ha empleado las cauterizaciones, practicadas dos veces al dia con un pincel mojado en ácido clorhídrico. Esta medicacion le ha dado buenos resultados, porque apresura la caida de las escaras, modifica su olor infecto, y ademas pone término á los dolores violentos que la mujer experimenta en la region enferma.

#### FIEBRE EFÉMERA.

Se ha descrito con el nombre de fiebre efémera de los paridas los accesos que empiezan con cierta violencia y tienen una duracion limitada de uno ó varios dias. Estos accesos se presentan ordinariamente con el séquito de la fiebre; á saber: escalofríos, inapetencia, frecuencia de pulso, sed viva y cefalalgia, seguidos de una reaccion bastante rápida.

La invasion de este estado morbosó, que por sí mismo no tiene gravedad, debe siempre llamar la atención del profesor, porque puede ser el principio de una fiebre puerperal. Es necesario, pues, examinar siempre con cuidado los diversos aparatos del organismo para encontrar la explicación de estos síntomas alarmantes. Se considera la fiebre efémera como idiopática; lo que puede ser verdad en cierto número de casos, cuando el sistema nervioso ha sufrido una conmoción lo suficiente violenta durante el parto, para que pueda admitirse en rigor que sobrevenga una reacción febril (1).

Es probable que la fiebre efémera reconozca á menudo por causa una lesión que puede ser extraña al parto y cuya causa se nos oculta. Debemos, pues, examinar las diversas circunstancias que pueden después del parto dar lugar al escalofrío, que hace siempre temer la invasion de la fiebre puerperal, la cual no presenta en todos los casos caracteres bastante marcados en su principio para poderla distinguir de la fiebre llamada efémera.

Inmediatamente después del alumbramiento se presenta por lo común un escalofrío que no tiene nada que ver con la fiebre. Que sea violento ó poco apreciable, su duración es corta, y no se repite ni va seguido de notable reacción. Este es un fenómeno de tal manera frecuente, que se le puede considerar como fisiológico.

Durante el período expulsivo, la vulva puede rasgarse, y esta lesión es algunas veces el punto de partida de un estado ligeramente febril, que se revela por la frecuencia del pulso, pero sin escalofríos, existiendo en la parte herida un dolor bastante vivo que permite reconocer la causa de la calentura.

La secreción láctea puede en algunos casos empezar con cierta violencia é ir acompañada de escalofríos y calentura, encontrándose aquí la explicación de la frecuencia del pulso en la exageración funcional de un órgano.

La distensión de la vejiga de la orina, paralizada, puede ocasionar dolores hipogástricos muy vivos, y calentura sin escalofríos. Con un poco de atención se reconocerá fácilmente la causa del mal, y su remedio se encuentra en el cateterismo, que hace desaparecer inmediatamente los fenómenos.

Finalmente, se observan algunas veces escalofríos en mujeres de excelentes condiciones de salud, los cuales pueden repetirse varias veces, sin que nos deba preocupar esta circunstancia, porque entonces el pulso está tranquilo y no hay reacción ninguna, constituyendo un fenómeno puramente nervioso y transitorio.

La astringencia prolongada de vientre puede igualmente desarrollar inquietud y algo de calentura, cuya verdadera causa se descubre pronto interrogando el estado funcional de la enferma.

---

(1) En este caso es una verdadera calentura, según la denominación del Dr. Varela de Montes. — (N. de los T.)

En las circunstancias que acabamos de enumerar se encuentra la explicacion de los escalofríos ó del estado febril. Cuando se trata de una fiebre efémera, cuya causa se nos oculta, se debe naturalmente temer la invasion de una fiebre puerperal, y, bajo este concepto, es preciso distinguir las épocas diversas en que aparece.

Cuando se presenta en los dos primeros dias que siguen al parto, la duda es grande, porque se observan los escalofríos, la calentura y hasta el dolor hipogástrico; y alarmados por estos síntomas se examina el útero por la palpacion, se lo comprime con insistencia buscando el dolor, síntoma importante para el diagnóstico de la fiebre puerperal. Pues bien, la matriz está dolorosa, aun cuando no exista enfermedad alguna, porque la sensibilidad muy viva del órgano persiste á veces durante varios dias despues del alumbramiento, cuando se hace la palpacion con insistencia. Se cree, pues, en una metro-peritonitis incipiente, y sin embargo, se trata sólo de una calentura efémera. Como se ve, el diagnóstico puede ser bastante difícil.

Al cabo de cinco ó seis dias esta causa de error desaparece; siendo raro que el pulso pase de 90 á 100 pulsaciones en estas circunstancias, cuyo signo es importante consignar. Tambien puede surgir otro motivo de duda. Algunas veces los escalofríos de la fiebre efémera se repiten, y se cree en una infeccion purulenta, porque en la flebitis puede faltar la sensacion dolorosa del útero.

Finalmente, es posible que los escalofríos y la calentura que se presentan sean sintomáticos de una fiebre eruptiva, como la viruela ó la escarlata.

El práctico más experimentado puede encontrarse bastante confuso al principio de la fiebre efémera; por lo cual es preciso vigilar con el mayor cuidado á las mujeres que son atacadas de ella, y cuando los síntomas son bastante graves para hacer temer la invasion de la fiebre puerperal, vale más obrar con energía, aunque sea sin necesidad, que dejarse arrollar por accidentes tanto más fáciles de modificar, cuanto más en su principio se los combate. Cuando el grupo de síntomas es suficiente para inspirarme tumores, no vacilo en aplicar una docena de sanguijuelas al hipogastrio.

Si la fiebre efémera adquiere el tipo intermitente, se recurre al sulfato de quinina.

#### PHLEGMASIA ALBA DOLENS (1).

Las opiniones de los autores acerca de la naturaleza de esta

(1) Dejamos este epígrafe en latin por no ser de buen gusto literario emplear el sustantivo en castellano y los dos adjetivos en latin. La traduccion de las tres palabras significan, como nuestros lectores saben perfectamente, hinchazon blanca dolorosa. — (N. de los T.)

enfermedad, han variado mucho. Ch. White, dándole el nombre que lleva, creía en una rasgadura de los vasos linfáticos, que se obliteran consecutivamente. Brandon Trye admitía una inflamacion de los ganglios y de los vasos linfáticos. En algunos casos se ha comprobado efectivamente la inflamacion de estos vasos, pero esto era sólo un epifenómeno de la enfermedad y no su caracter esencial. Hull, Stokes y Lobestein creían en una flegmasía del tejido celular, que podía extenderse á los vasos y nervios. Albers consideraba el sistema nervioso como el punto de partida de la afeccion.

Por último, la opinion actual, que se funda en un estudio más atento de la enfermedad, consiste en admitir que la phlegmasía alba dolens es una flebitis obliterante acompañada de edema doloroso. Esta flebitis tiene un caracter particular, y consiste en no dar origen á la supuracion del vaso ni á la infeccion purulenta. Algunos autores, sin dejar de reconocer que la afeccion tenía por punto de partida los vasos venosos, han admitido que la flebitis podía faltar, y que en estos casos se trata simplemente de un coágulo sanguíneo espontáneo que determina un obstáculo á la circulacion, y consecutivamente los síntomas que vamos á examinar.

La phlegmasia alba dolens no es especial de las puérperas, pero el parto constituye una predisposicion muy evidente para su desarrollo. Cuando se la observa fuera del puerperio existe siempre un estado caquético (cancer, tubérculos, etc.) en el individuo que la padece.

Lo más comun es que la enfermedad se presente en uno de los miembros inferiores, invadiendo rara vez los dos al mismo tiempo ó sucesivamente. Todavía es más raro observarla en los miembros superiores ó en las venas de las diferentes partes de la economía.

**SÍNTOMAS.** — No suele la flegmasía desarrollarse en los dias primeros que siguen al alumbramiento, sino al cabo de ocho, quince dias, tres semanas, un mes y hasta mes y medio. La enfermedad empieza de ordinario por escalofríos, fiebre y el acompañamiento de síntomas generales. Algunas veces no se observa nada de esto, y un dolor violento, localizado en el pliegue de la ingle y en la pelvis, es el primer fenómeno que llama la atencion.

Este dolor no tarda en invadir el miembro inferior correspondiente, siguiendo el trayecto de los vasos; llega á la nalga, la vulva, el muslo, la pierna y el pié. En algunos casos sigue, por el contrario, una marcha ascendente, empezando por la garganta del pié y subiendo hasta la fosa iliaca. A veces tambien se localiza y persiste simplemente en una region, ó se presenta en dos puntos diferentes, estando sano el intervalo que los separa.

El caracter del dolor es variable; ya es un adormecimiento interrumpido por calambres, ya una tension dolorosa complicada



con punzadas insoportables, exasperándose siempre por la presión, los movimientos ó las sacudidas de la tos. La extensión del miembro afecto es imposible, y la enferma lo tiene en semiflexión. La sensibilidad llega á ser tan viva, que la mujer no puede tolerar el peso de las ropas.

A las veinticuatro ó cuarenta y ocho horas de haberse manifestado el dolor, sobreviene otro síntoma importante, que consiste en una hinchazón constituida por un edema especial, el cual se hace rápidamente considerable, hasta el punto en que dos días puede duplicar el miembro su volumen. White y varios autores modernos la asignaron una marcha constantemente descendente, y consideraban este carácter como patognomónico. Trousseau pretende, por el contrario, que el edema invade de abajo arriba, como se observa en los casos de obstáculos comunes al curso de la sangre. Cuando la enfermedad es intensa, la aparición del edema es tan rápida, que parece atacar al mismo tiempo las diferentes regiones de la extremidad.

Al principio esta hinchazón es más consistente que en las demás épocas de la enfermedad. La presión del dedo deja sólo una señal superficial, á menos que no se emplee alguna fuerza, quedando entonces profundamente impresa. Al cabo de algunos días la sensación de resistencia que presenta el edema no difiere nada de la que se observa en las lesiones de esta naturaleza, determinadas por otra causa. Esta modificación se atribuye á que en el principio el obstáculo á la circulación es casi completo, y á que el tejido celular está distendido por una cantidad considerable de líquido. Más tarde la circulación colateral se desarrolla y permite al miembro desinfartarse de un modo bastante perceptible. Si se pica la piel de la región enferma con una aguja, sale lentamente por la abertura una serosidad incolora y transparente.

La piel presenta un color blanco mate y reluciente cuando la distensión es considerable; las venas superficiales se dibujan formando una red de color azul, están aumentadas de volumen, y suplen á la circulación profunda obliterada. Cuando los obstáculos al curso de la sangre ocupan varios puntos, la piel se vuelve violácea ó negruzca por la distensión de sus capilares; algunas veces también es asiento de flictenas, que dejan ver, al romperse, el dermis mortificado.

La temperatura del miembro enfermo experimenta alternativas de elevación y descenso apreciables por el tacto. En el momento de una invasión rápida el calor aumenta y el termómetro se eleva dos ó tres grados en la región enferma. Cuando las lesiones inflamatorias van perdiendo su actividad, el termómetro indica, por el contrario, un descenso de dos á tres grados cuando se compara la temperatura de las regiones enfermas con la de las partes sanas.

Se observan en el trayecto de las venas obliteradas cordones

duros, nudosos y doloridos. Este signo se marca, sobre todo, á medida que el edema disminuye y es patognomónico de la afección. En los primeros días del padecimiento, el edema resistente impide comprobar estos cordones vasculares, y el dolor que esta investigación provoca es un obstáculo para encontrarlos. Hacia el arco crural es el punto en que las venas duras y abultadas son más aparentes; siendo más difícil descubrirlas hacia la mitad del muslo, á causa del grueso de los tejidos que las cubren. Cuando la flebitis ocupa las venas superficiales, como la safena, el dedo sigue su trayecto con mucha exactitud. Estos cordones desaparecen muy lentamente, y su existencia puede comprobarse todavía cuando la mujer está curada.

Los ganglios y vasos linfáticos se inflaman á veces por contigüidad, viéndose entonces líneas rojizas que indican la linfangitis y que terminan en ganglios tumefactos. Pero, lo repito, esto es un epifenómeno y no la lesión principal.

En los casos raros, en que la enfermedad invade sucesivamente los dos miembros, hasta que está muy adelantada la disminución de los fenómenos primitivos en uno de ellos, no aparece en el otro la sucesión de los síntomas que acabamos de describir. La enfermedad no presenta nada de especial cuando se fija en los miembros superiores, lo que puede acontecer también secundariamente. Cuando las venas del cráneo son invadidas, se observa la debilidad de la inteligencia y de los órganos de los sentidos, estando algunas veces la vista enteramente abolida.

Los fenómenos generales que existen en la phlegmasia alba dolens varían mucho; en los casos graves se enciende fiebre con pulso frecuente. Pero á menudo no se observa nada semejante y la reacción es muy poco notable.

**CURSO: TERMINACION.**—La phlegmasia alba dolens es una enfermedad de tipo continuo y de una duración bastante larga, que se puede dividir en dos períodos. El primero corresponde á los accidentes inflamatorios, y dura una ó dos semanas. El segundo, mucho más largo, puede considerarse como el período de reparación, en el que el organismo trabaja para borrar las modificaciones morbosas que la obliteración de los vasos ha dejado en el miembro enfermo, sin obtener á veces el resultado hasta pasado un mes ó seis semanas. Los accidentes desaparecen en el mismo orden en que se presentaron. El dolor se transforma en adormecimiento; los movimientos son progresivamente más fáciles, y el edema, menos consistente, tiende á desaparecer. Sin embargo, una imprudencia puede ser causa de una recaída.

Cuando los accidentes inflamatorios han desaparecido, y dejo aquí á un lado las complicaciones que dependen de abscesos del tejido celular ó de linfangitis, queda un obstáculo mecánico al curso de la sangre, y la curación no puede ser completa hasta que este obstáculo desaparezca.

Pueden observarse entonces dos modos de terminación dife-

rentes: 1.º La vena se oblitera por completo y se vuelve para siempre impermeable al curso de la sangre, ya por la organizacion del coágulo obliterante, ya por la adhesión de sus paredes. La curacion se verifica en este caso, porque se establece una circulacion colateral suficientemente desarrollada para suplir al vaso que ya no existe. Para Virchow está fuera de duda que al cabo de cierto tiempo, á veces un mes, el coágulo no contiene ya fibrina y se ha transformado en tejido celular, el cual presenta más tarde una estructura fibrilar y esponjosa, con sus vasos propios, desarrollados del centro de la circunferencia. Robin no admite que los coágulos experimenten una organizacion tan completa, porque la adherencia íntima entre la vena y el coágulo no le parece una soldadura orgánica, y considera las estrías rojizas que se observan en los coágulos antiguos como restos de glóbulos rojos deformados, ó simplemente como la materia colorante de la sangre. Al cabo de un tiempo bastante largo (más de dos años), el coágulo puede ser lentamente reabsorbido, y las paredes de la vena se aproximan y quedan en contacto sin dar paso á la sangre. 2.º El coágulo obliterador tiene sólo una existencia temporal, y en este caso experimenta una regresion que merece examinarse detenidamente.

El coágulo obturador, cuando no ocupa toda la longitud del vaso, existe ordinariamente en la confluencia de venas voluminosas. Se le encuentra, ya aislado, ya múltiple, al nivel de la desembocadura de la vena hipogástrica, y en la confluencia de la safena externa y de las venas de la pierna en la poplítea. El coágulo es por lo comun fibrinoso y decolorado, resistente y compuesto de capas concéntricas. La fibrina que lo constituye pierde poco á poco su elasticidad y su cohesion, se hace blanda y friable en su centro, formando cavidades llenas de una materia rojiza, que adquiere más tarde las apariencias del pus. No es pus, como han creído gran número de autores, sino glóbulos blancos de sangre. El hecho ha sido demostrado por Virchow y Robin. Poco á poco los elementos reblandecidos experimentan la absorcion, y el vaso se vuelve permeable al cabo de un tiempo más ó menos largo.

El coágulo, ya lo hemos dicho, se adhiere á las paredes venosas sólo por un contacto íntimo. Puede suceder que, á causa de una reabsorcion periférica, pierda sus adherencias y quede libre en los vasos, y entonces espontáneamente, ó á consecuencia de un movimiento de la enferma ó de una exploracion hecha con poco cuidado, el coágulo sigue el curso de la sangre y determine una embolia mortal. Estudiaremos esta circunstancia al tratar más adelante de la muerte repentina de las puérperas.

Esta es la terminacion más rara de la flegmasia alba dolens. Casi siempre se cura al cabo de un tiempo más ó menos largo, que varía entre tres semanas y más de dos meses. Las señales persistentes, como el edema, la pastosidad del miembro y las nudo-

sidades en el trayecto de la vena inflamada pueden no desaparecer por completo hasta despues de seis meses ó más.

A causa de una imprudencia ó de un ejercicio prematuro se ha observado en algunos casos una recidiva completa. La inflamacion de las venas en la phlegmasia alba dolens no determina probablemente jamás la infeccion purulenta; los casos de esta naturaleza que se han indicado no tienen toda la autoridad que fuera de desear. Hemos dicho que el líquido, en apariencia purulento, que se encontraba en los coágulos, estaba constituido por glóbulos blancos de sangre; la reabsorcion de estos coágulos no da, pues, lugar, como se había creido, al transporte del pus al torrente circulatorio.

**LESIONES ANATÓMICAS.** — En la autopsia se encuentran las venas enfermas voluminosas, formando cordones duros, nudosos, presentando abultamientos en la confluencia de las colaterales y al nivel de las válvulas. Al principio de la enfermedad los coágulos son blandos y negros, más tarde son más densos, pierden su coloracion y se adhieren con fuerza á las paredes de los vasos. Finalmente, pueden experimentar las diversas transformaciones que acabamos de indicar.

La extension de los coágulos es variable; se los ha visto ocupar la femoral, la hipogástrica, las iliacas primitiva y externa y prolongarse hasta la vena cava inferior.

Las paredes de las venas presentan con frecuencia lesiones de naturaleza inflamatoria. La membrana interna ha perdido entonces su brillo, está ligeramente rugosa, engrosada y reblandecida. La túnica media ha experimentado algunas veces un grado de hipertrofia bastante pronunciado, para que la vena quede ahuecada cuando se hace una seccion transversal. La membrana externa, aumentada de volumen é infiltrada, se adhiere al tejido celular próximo, con el cual forma una masa compacta.

Sin embargo, estas lesiones faltan en gran número de casos, y las paredes venosas no presentan ninguna alteracion especial á no ser una ligera adherencia al tejido celular ambiente.

Las lesiones de los ganglios y de los vasos linfáticos no existen siempre; cuando han sido invadidos por la enfermedad, pueden presentar todos los grados intermedios de la inflamacion, desde la simple rubicundez hasta la supuracion.

El tejido celular de la region presenta, á veces, una flegmasia suficientemente intensa para dar lugar á abscesos más ó menos considerables, ordinariamente diseminados entre las capas musculares, y conteniendo un pus flegmonoso ó agrisado y fluído por algunos sitios. Existe ademas una infiltracion serosa, que se extiende á todo el miembro.

Se han observado flebitis uterinas ó metritis concomitantes, pero hay en estos casos una simple coincidencia con una fiebre puerperal.

**TRATAMIENTO.** — La phlegmasia alba dolens ataca principal-

mente á mujeres débiles y caquéticas ; es preciso abstenerse del empleo de las emisiones sanguíneas generales que no tendrían ninguna ventaja. Los fenómenos dolorosos que se observan, dependen, no de la inflamacion, cuya intensidad es algunas veces excesivamente debil, sino del trastorno de la circulacion. Estos dolores son ; por lo demas, bastante pasajeros.

La lesion principal es, sobre todo, mecánica. Un coágulo oblitera una vena ; ¿qué accion pueden tener en un accidente de esta naturaleza los alcalinos administrados al interior, el acetato de amoniaco, los calomelanos y los purgantes? Un tratamiento enérgico fatigaría á la enferma sin utilidad alguna ; es preciso limitarse á aplicar sobre la region enferma cataplasmas delgadas para que su peso no aumente los dolores.

Se mantendrá el miembro elevado todo lo posible para facilitar la vuelta de la sangre venosa. Se han aconsejado las punturas para disminuir el edema ; pero algunas veces han determinado pequeñas gangrenas parciales ; habría necesidad, si se empleara este medio, cuya eficacia considero dudosa, de hacer uso de la aguja en vez de la lanceta.

Hay que evitar toda compresion en el trayecto de los vasos inflamados. No hay que tener confianza en la influencia de ningun tratamiento sobre la evolucion del coágulo, por lo que es necesario en este punto entregarnos completamente á la naturaleza. Sin embargo, como el coágulo puede perder sus adherencias y pasar al torrente circulatorio por un movimiento de la enferma, toda vez que la muerte repentina por embolia ha ocurrido cuando las pacientes se han empeñado en levantarse y andar, es preciso recomendarles que conserven el decúbito horizontal durante un tiempo muy largo, aun despues de la convalecencia. No se puede hacer guardar cama á un enfermo todo el tiempo que duran las nudosidades en el trayecto de la vena, porque este síntoma puede durar más de seis meses ; pero, sin embargo, hay necesidad, por lo menos, de esperar á que estas nudosidades hayan perdido toda sensibilidad al tacto. No obstante, como la emigracion del coágulo no me parece haber sido observada despues de los treinta dias, se podrá aceptar esta fecha como límite del decúbito despues de la desaparicion de los accidentes agudos.

Cuando el edema y la tumefaccion persisten, se recurre á una media de tejido elástico ó á una venda arrollada, que ejerce sobre el miembro una moderada compresion.

#### MUERTE REPENTINA DURANTE EL ESTADO PUERPERAL.

Las muertes repentinas que sobrevienen durante el estado puerperal no son siempre explicables ; las autopsias no proporcionan en estos casos ningun resultado material de tal naturaleza que nos aclare la cuestion. Es evidente que las mujeres embarazadas ó paridas no están al abrigo de los accidentes repentina-



mente mortales que se presentan fuera de la gestacion ; bajo este concepto experimentan las eventualidades generales, y entran en la ley comun. Una lesion funcional de inervacion que detenga bruscamente la funcion de los pulmones, del corazon, ó una rotura de este órgano pueden atacar á una mujer fuera del estado de preñez. Sin embargo, puede admitirse que, en algunos de estos casos, el embarazo ó el parto agravan la situacion ó se convierten en causa determinante de un accidente funesto.

Las causas de muerte repentina en el estado puerperal son bastante numerosas, y presentan una frecuencia variable, por lo cual examinaremos primero los casos que no se explican por lesiones anatómicas apreciables.

Devilliers refiere el caso, ocurrido en su clientela, de una señora que sucumbió repentinamente en pocos minutos, casi al principio del parto, sin haber presentado fenómeno alguno morboso. La autopsia, á la que concurrieron Laugier, Danyau y Joly, sólo presentó una simple congestion pulmonar, de todo punto insuficiente para explicar la muerte. Devilliers fué testigo de otro caso semejante ocurrido á su padre y á Moreau.

Lebon perdió repentinamente á una mujer á quien asistía, á los veintisiete dias de haber parido. La autopsia, practicada con el mayor cuidado, dió á conocer un reblandecimiento de la sustancia blanca del cerebro. Esta era la única lesion apreciable. La muerte sobrevino en el momento en que la enferma volvía á colocar el niño en su cuna, despues de haberle dado el pecho. Un momento antes hablaba con las personas que la rodeaban y no presentaba trastorno alguno de la motilidad ni de la inteligencia. ¿Este reblandecimiento, que no se reveló por ningun síntoma antes de la muerte, fué su verdadera causa? Dificil es creerlo.

En la clínica, una mujer, sometida á las duchas uterinas para provocar el parto, sucumbió rapidamente. Depaul explica la muerte por la penetracion del aire en los senos uterinos. Esta opinion no está suficientemente justificada, ni siquiera por la presencia de aire en el sistema circulatorio, porque la presencia de gases en los vasos puede depender de la descomposicion cadavérica. El líquido de una ducha no lleva consigo una cantidad de aire suficiente para producir un resultado funesto ; ademas, la insercion de la placenta cierra los senos de manera que intercepta toda comunicacion del aire con los vasos.

Se comprendería en rigor la posibilidad de semejante resultado si la placenta estuviera desprendida, pero entonces se presentaría una hemorragia, cuya gravedad estaría en relacion con la extension del desprendimiento, y en estas circunstancias no se apela á la ducha para apresurar el parto. No es, por lo demas, el único caso de muerte repentina que se pueda atribuir á las duchas, y la explicacion de Depaul no se ha considerado siempre como causa del accidente. Volveremos á hablar muy pronto acerca de la introduccion del aire en las venas.

Morderet, con el título de apoplejía nerviosa y de asfixia idiopática refiere en su Memoria cierto número de observaciones de muertes repentinas. Claro está que no pueden aceptarse como concluyentes los casos que cita, en número de doce, porque no se han comprobado en la autopsia; el análisis de estas observaciones permite creer que en cierto número de ellas se trataba de embolias, cuyo mecanismo no ha expuesto suficientemente el autor. En otros ocho casos de muerte, seguidos de necropsia, las lesiones han faltado, y sólo una vez se encontró un estado adiposo del corazón. Las enfermas sucumbieron á consecuencia de un parto laborioso por sideracion nerviosa; en otras, el parto fué fácil, y se puede considerar como causa de su muerte una emoción, el miedo, presentimientos siniestros, etc. En general, la terminacion funesta ha sobrevenido casi inmediatamente ó pocas horas despues del parto.

Dubreuilh cita dos casos de la misma naturaleza, pero la falta de autopsia les quita gran parte de su valor.

La sideracion nerviosa por una conmocion ó una impresion moral violenta ocasiona el síncope, el cual en un grado más grave determina la muerte. Existen en la ciencia demasiados ejemplos de esta índole, aparte del estado puerperal, para que haya necesidad de citarlos. Semejantes causas encuentran poderosos auxiliares en las modificaciones que el embarazo comunica al organismo, siendo muy probable que para cierto número de casos mortales que han quedado sin explicacion, estas modificaciones hayan tenido bastante importancia, aun cuando no se haya podido determinar exactamente su valor y que los mismos fenómenos ocurridos fuera del estado puerperal no hubieran tenido para la mujer consecuencias tan funestas.

Morderet refiere tres casos de muerte atribuidos á la presencia del aire en las venas, pero en dos se trataba de mujeres embarazadas, en las que sería imposible admitir otra causa que el desarrollo *espontáneo* de gases. En la tercera observacion, la mujer había parido. M. Clintock ha reproducido nueve casos de la misma naturaleza, relativos á mujeres que habían dado á luz; pero, lo repito, es muy posible que estas producciones gaseosas sean debidas á la descomposicion cadavérica.

Es evidente que la presion á que está sometida la sangre en los vasos es superior á la presion atmosférica. Si los senos estuvieran abiertos, sobrevendría una hemorragia muy rápidamente mortal y no la introduccion del aire en las venas. Que semejante fenómeno se observe, tratándose de las grandes venas, como las yugulares, sobre las que los movimientos del corazón ejercen una aspiracion enérgica, se comprende; pero los senos uterinos no están en condiciones análogas, y cuando la contraccion uterina no oblitera su calibre, la presion debida á la accion cardíaca arroja la sangre hácia afuera. Sin negar la posibilidad de la introduccion del aire en los senos despues del parto, puede decirse que

el hecho no está suficientemente demostrado, y que la descomposicion cadavérica proporciona á la duda un argumento bastante plausible.

La apoplejía puede ser una causa de muerte repentina en el estado puerperal; sin embargo, no conozco casos, comprobados por la autopsia, en que se haya visto que el accidente haya ocurrido durante el parto, y á causa de los esfuerzos generales que le acompañan. Si la muerte sobreviene por hemorragia cerebral varios dias despues del alumbramiento, no se puede atribuir su produccion al sobreparto.

Morderet cita cuatro observaciones de muerte por rotura del corazon ó de los grandes vasos. Una sola vez ocurrió el accidente durante el parto, y dependió evidentemente de los esfuerzos expulsivos. Tres veces sobrevino la muerte varios dias despues del alumbramiento, y aquí la relacion de causa á efecto es menos clara. Para otros casos, relativos á enfermedades del corazon, que han determinado, no una muerte repentina, sino bastante rápida despues del parto, se puede creer que el puerperio ha apresurado el término funesto.

Una hemorragia uterina interna ó externa de curso fulminante puede matar á la mujer de un modo súbito.

La uremia es igualmente una causa posible de muerte repentina. Por lo comun, los síntomas precursores ponen al práctico en guardia contra la inminencia de los accidentes, aun cuando algunas veces se desarrollan de una manera casi instantánea. Yo recuerdo haber oido contar á Depaul la historia de una mujer de parto, á la cual hizo una aplicacion de forceps. Su estado general era satisfactorio; de pronto fué atacada de una sola convulsion, que terminó por la muerte. Esta mujer sucumbió muy probablemente á una manifestacion fulminante de la intoxicacion urémica.

En estos últimos tiempos se ha indicado una causa de muerte repentina apenas conocida de los antiguos, y que, sin embargo, parece la más frecuente de todas. Consiste en el obstáculo mecánico á la circulacion determinado por un coágulo sanguíneo encajado en la arteria pulmonar.

La produccion de estos coágulos se verifica por dos causas distintas: 1.º por la coagulacion espontánea de la sangre, apartè de todo estado inflamatorio ó lesion del sistema vascular; 2.º por la emigracion de un coágulo fibrinoso, que procede de una flebitis.

En general, las autopsias, cualquiera que sea la causa de la muerte, se encuentran en el corazon coágulos que se han formado en los últimos instantes de la vida; pero estos coágulos son blandos, negros, y no presentan señal alguna de organizacion. Cuando se trata de una embolia mortal, no sucede lo mismo; los coágulos están duros, organizados, tienen una forma prolongada, y están más ó menos decolorados.

**COÁGULO ESPONTÁNEO DE SANGRE.**—Por efecto de la gestacion se verifican modificaciones en la composicion química de la sangre ; una de ellas recae en la proporcion de la fibrina, que aumenta de un modo notable ; siendo de 2,2 en el estado de vacuidad y elevándose á 3,5 durante la preñez, de lo que resulta una disposicion mucho mayor á la formacion de los coágulos. Esta modificacion es en cierto modo fisiológica, puesto que se la observa en todas las mujeres embarazadas, y puede continuar hasta cuando se verifica una hemorragia durante el parto. Si en este caso sobreviene un retardo de la circulacion, ó la suspension completa, como en el síncope, puede formarse inmediatamente un coágulo fibrinoso, que determina la asfixia con más ó menos rapidez, obturando la arteria pulmonar.

Los hechos comprobados por la autopsia, y que pertenecen á este grupo, presentan este caracter comun y esencial : que la muerte ha ocurrido más ó menos repentinamente en un perfecto estado de salud. Ningun síntoma de flebitis ni lesión del sistema vascular llama la atencion. Nada de escalofríos anteriores, ni dolores locales en la pelvis ni en otros puntos. El estado general de la púérpera inspira completa seguridad : de pronto, y á consecuencia de un movimiento ó de un esfuerzo, la mujer es atacada de agitacion, una ansiedad profunda se manifiesta, se observa la dispnea, la ortopnea, la mujer se ahoga, las inspiraciones se multiplican, llegando hasta 40 ó 50 por minuto. Los latidos del corazon, violentos y tumultuosos, se debilitan pronto y son muy frecuentes ; el pulso debil, filiforme, desaparece con rapidez ; la cara está pálida ó cianótica, cubierta de un sudor frio y viscoso ; las extremidades están heladas. A veces se observan algunos movimientos convulsivos, y la enferma sucumbe con toda su inteligencia ó en una postracion profunda.

En algunos casos se manifiesta una mejoría pasajera ; los síntomas alarmantes se calman para volver á presentarse una ó varias veces despues de intervalos variables ; finalmente, un último acceso arrebatá á la enferma. Sin embargo, se ha visto la curacion en un caso de Jacquemier, citado por Charcot.

Algunas veces faltan los síntomas que acabamos de enumerar, la enferma lanza un grito, asoma á sus labios algo de espuma, y la muerte es instantánea.

Estos son accidentes que nadie puede prever, y contra los cuales la ciencia es del todo impotente.

Simpson cita dos casos de esta índole. En uno de ellos, aunque se había notado en la enferma un edema del muslo izquierdo algunos dias antes del parto, no existía indicio de él en el momento de la muerte. No hay duda que este edema fué el punto de partida del coágulo, cuya emigracion se verificó ocho dias despues del alumbramiento. M. Clintoek refiere igualmente dos observaciones semejantes : las enfermas habían tenido hemorragias graves en el instante del alumbramiento y sucumbieron

cinco días después del parto. En el trabajo de Morderet se encuentran hechos análogos, y si bien no se ha practicado la autopsia, los síntomas permiten creer que se trataba de embolias ocurridas espontáneamente é independientes de la inflamacion de las venas.

En los casos que acabamos de citar es evidente que los coágulos se habían formado en una época más ó menos lejana de la muerte, porque la organizacion estaba tan avanzada como en el grupo que vamos á examinar. El punto importante de la cuestion es la manera latente como se han desarrollado, y que no permite sospechar su existencia.

**EMBOLIAS PRODUCIDAS POR FLEBITIS.** — Las observaciones pertenecientes á embolias que resultan de una flebitis son bastante numerosas para que haya necesidad de citarlas. Virchow, Morderet, Dawson, Charcot, Simpson, etc., refieren ejemplos numerosos. El profesor puede, si no impedir el accidente, al menos indicarle como posible, y poner á cubierto su responsabilidad para con la familia, diciendo á ésta la terminacion que puede temerse.

Los síntomas mortales de esta forma de embolia son exactamente los que acabamos de indicar más arriba, sólo que aquí la causa es conocida, y sus consecuencias deben formar parte del pronóstico. No volveremos á hablar de las alteraciones de las venas que constituyen la *phlegmasia alba*, ni de la forma y constitucion del coágulo obturador, porque ya hemos examinado estos puntos de la cuestion al hablar de esta enfermedad; bastándonos añadir que la porcion libre de este coágulo, cuya extremidad es conoidea y flotante, penetra algunas veces en una colateral ó en la vena iliaca. Esta porcion se encuentra en cierto modo desgastada por la corriente sanguínea que la envuelve; experimenta un reblandecimiento favorable para su rotura, y pronto sigue el curso de la sangre, que la arrastra hácia el corazon, pasando luego á la arteria pulmonar, cuyo calibre oblitera. Durante los últimos instantes de la vida, la sangre forma al coágulo fibrinoso una última capa poco adherente, y cuyo color indica la época próxima de su formacion. Los coágulos de esta naturaleza llenan á veces las subdivisiones de la arteria pulmonar.

Las embolias son en la mayor parte de los casos resultado de una *phlegmasia alba dolens*; pero algunas veces tambien han sucedido á una flebitis uterina.

Los accidentes que resultan de la embolia están de tal modo por encima de los recursos del arte, que sería pueril indicar un tratamiento, aun cuando la muerte no se verifique hasta después de ataques repetidos. Existe un obstáculo mecánico al curso de la sangre, que no tenemos medio de modificar, y los excitantes externos ó los alcalinos al interior que se han propuesto, no merecen ninguna confianza.



La indicacion práctica consiste en hacer guardar á la enferma de phlegmasia alba dolens ó de flebitis el reposo prolongado, todo el tiempo posible. De esta manera puede esperarse que la regresion de los coágulos ó su destruccion molecular habrá terminado para cuando la enferma empiece á levantarse; pero dudo que se obtenga fácilmente la obediencia necesaria para lograr semejante resultado. Es dudoso que una mujer, que no sufre, consienta estarse en la cama durante uno ó dos meses; es preciso confesar, por lo demas, que no poseemos signos ciertos que nos den á conocer el verdadero estado del coágulo, y cuando la vena obliterada forma un cordon duro, ignoramos si el coágulo puede todavía desprenderse.

En todos los casos hay necesidad de recomendar á la enferma que evite los movimientos activos y los esfuerzos durante algun tiempo despues que haya abandonado la cama. Por lo demas, haré notar que los accidentes de la embolia no se han observado despues de los treinta dias que siguen al parto, y es, por lo tanto, un límite que parece alejar todo peligro.

Es necesario, sobre todo, que el profesor se abstenga de explorar con insistencia en el trayecto de la vena inflamada, porque el contacto de los dedos podría contribuir á desprender una porcion del coágulo, que sería arrastrado por la circulacion.

#### INFLAMACION DE LAS SÍNFISIS PELVIANAS.

La inflamacion de las sínfisis de la pelvis es bastante rara, y no es siempre, como pudiera creerse, resultado de un parto laborioso. En las seis observaciones referidas por Joyeux, y que toma de diferentes autores, los partos han sido todos fáciles y espontáneos. Es, pues, casi imposible determinar la causa verdadera de las artritis pelvianas, teniendo que recurrir á la razon trivial de las predisposiciones individuales.

*Sintomas.* — La enfermedad se declara comunmente despues del cuarto dia que sigue al alumbramiento, precedida de un ligero movimiento febril. Empieza por una especie de dificultad, de entorpecimiento en las articulaciones pelvianas que se transforma pronto en dolor agudo, poco sensible, cuando la enferma conserva la inmovilidad, pero que se exaspera por los movimientos, la presion, la tos ó el estornudo. La region invadida presenta una tumefaccion que se extiende á las partes próximas.

Cuando la inflamacion se localiza en una sínfisis sacro-iliaca: la tumefaccion, poco apreciable al exterior, se extiende sobre todo hácia el interior de la pelvis. Los movimientos del tronco aumentan los dolores. La tumefaccion obra por compresion sobre los plexos-nerviosos pelvianos; observándose entonces en el miembro inferior correspondiente hormigueo, estirones y á veces hasta parálisis. Cuando la sínfisis pubiana está inflamada, la movilidad de los huesos se aprecia fácilmente, el tumor levanta

el monte de Vénus, y la region hipogástrica presenta una pas-tosidad dolorosa. El tacto vaginal permite comprobar la tume-faccion de la parte posterior de la sínfisis. La excrecion de las orinas es difícil á consecuencia de la dilatacion de la vejiga ó de una irritacion simpática de este órgano. Los ganglios linfáticos están infartados; finalmente, el dolor se manifiesta sobre todo por los movimientos de los miembros inferiores.

Lo más frecuente es que la artritis pelviana no pase del primer grado de la inflamacion, y que al cabo de algunos dias, con sólo el reposo, los síntomas iniciales se corrijan. Se está dispuesto á atribuir los dolores que sufre á las compresiones del parto, y la artritis pasa desapercibida. Algunas veces la inflamacion es más intensa, y los síntomas se presentan con bastante claridad, para que se compruebe bien la naturaleza del padecimiento. La resolucion puede obtenerse todavía con un tratamiento conveniente, pero la enfermedad se prolonga por más tiempo, y sólo al cabo de quince ó veinte dias la curacion sobreviene.

Finalmente, la inflamacion puede recorrer todos sus períodos, y esto es felizmente lo más raro. El pus se forma en la articulacion, el dolor se hace violento, profundo y continuo; se presentan escalofríos, la fiebre aumenta y se acompaña del cuadro ordinario de síntomas generales. El pus tiende á salir al exterior; se insinúa entre los tejidos y sale por una ó varias aberturas. Las superficies articulares están movibles y alteradas, y la muerte puede sobrevenir entonces por exceso de supuracion, por flebitis ó por alguna complicacion por parte del peritoneo.

La artritis pelviana puede recidivar en la misma mujer. Stoltz la comprobó tres veces en cinco partos. La enfermedad, en un caso observado por Hayn, invadió al mismo tiempo las tres sínfisis.

*Diagnóstico.* — Cuando la artritis es ligera, puede, como he dicho, pasar desapercibida, porque se confunden los síntomas dolorosos con los sufrimientos mal determinados que persisten á veces durante varios dias en los órganos próximos á consecuencia del parto. Sin embargo, en un grado más pronunciado el error es menos excusable, porque la localizacion del dolor, y sobre todo el agravarse por el movimiento, deben iluminar al práctico. En la artritis pubiana, como la exploracion es más fácil y completa, permite reconocer exactamente la naturaleza de la enfermedad, y no puede cometerse error de diagnóstico. No sucede lo mismo tratándose de la artritis sacro-iliaca, porque presenta caracteres comunes con el flegmon de la fosa iliaca. Sin embargo, la fijeza del dolor y el sitio de la tumefaccion difieren bastante para que nos engañemos. Existen además diferencias en el desarrollo y curso de las dos afecciones. Las diferencias son todavía mucho más notables entre el flegmon de los ligamentos anchos y la artritis pelviana. El tacto y la palpacion bastarán, á falta de otros datos, para evitar el error.

*Lesiones anatómicas.* — Cuando la muerte ocurre á causa de la artritis, las lesiones que se observan no tienen nada de especial ; son idénticas á las que se encuentran en las artritis supuradas, á saber : reblandecimiento ó destruccion de cartílagos, inflamacion de los extremos de los huesos y de los tejidos próximos, trayectos fistulosos, etc.

La extension de los desordenes está naturalmente ligada con la duracion de la enfermedad y su gravedad.

*Tratamiento.* — El tratamiento de la artritis pelviana exige primero la inmovilidad absoluta de la enferma ; éste es un punto esencial. Deberemos abstenernos de baños, que producirían movimientos inevitables. Se aplicarán sanguijuelas, varias veces si fuera necesario, en el sitio doloroso ó tan cerca como sea posible en las artritis posteriores. La region enferma estará ademas continuamente cubierta de cataplasmas de harina de linaza. Si á pesar de esto la supuracion invadiese la articulacion, sería preciso dar salida al pus, y para evitar los peligros que resultarían del contacto del aire con las superficies articulares, se recurriría al método subcutáneo.

#### RELAJACION DE LAS SÍNFISIS PELVIANAS.

Por efecto del embarazo, las articulaciones pelvianas experimentan modificaciones particulares. Sus ligamentos se vuelven más elásticos, su prolongacion puede adquirir una extension patológica que permita la dislocacion de las superficies articulares, de lo que ya he citado casos. Cuando esta disposicion no pasa de ciertos límites, las articulaciones se afirman despues del parto y recobran su solidez primitiva ; pero algunas veces la relajacion persiste por más tiempo, y cuando la enferma quiere volver á sus ocupaciones, la marcha es sumamente dolorosa ó imposible. Para que la bipedestacion sea posible, es necesario que las diversas piezas óseas que constituyen la pelvis estén unidas entre sí de una manera muy íntima y muy sólida ; sin esto sobrevendrían roces anormales y cabalgamientos de superficies articulares que harían la marcha bastante dolorosa. Esto es lo que sucede efectivamente cuando las sínfisis están relajadas.

La mujer no sufre cuando está acostada ; pero inmediatamente que se levanta siente vivos dolores en la pelvis. Arrastra las piernas una despues de otra, y se inclina fuertemente á cada paso á derecha ó izquierda, segun que adelanta el pié izquierdo ó el derecho, porque la sería imposible tenerse derecha sobre un sólo miembro abdominal. Algunas veces tiene que agarrarse á los muebles para dar algunos pasos. Sin darse cuenta de lo que sufre, cree la mujer haber perdido sus fuerzas, y lo atribuye á la debilidad de sus piernas. En el decúbito horizontal los movimientos de los miembros inferiores son, por el contrario, fáciles y poco dolorosos.

El estado de la mujer podría hacer creer en una paraplegia incipiente, pero el conmemorativo de un parto reciente, la facilidad de los movimientos estando acostada, la movilidad de los huesos pelvianos, que se determina fácilmente por presiones bien ejecutadas y el ruido de roce que se verifica por el encuentro de las superficies articulares, son caracteres que permiten hacer un diagnóstico exacto.

La relajacion de las sínfisis constituye un achaque sumamente penoso y que impide á la enferma entregarse á sus ocupaciones; el reposo es insuficiente para producir la curacion, que no tiene tendencia á hacerse espontáneamente. Por fortuna, su tratamiento es fácil; basta aplicar una faja bien apretada, que comprenda la pelvis y los trocánteres, para que inmediatamente la marcha sea posible; al cabo de pocos dias la sínfisis ha recobrado su solidez y sus relaciones normales. La faja debe llevarla la mujer hasta que se obtenga el resultado.

#### LOCURA PUERPERAL.

Las modificaciones que la gestacion comunica á todo el organismo, cuyos sufrimientos se revelan principalmente por trastornos nerviosos, explican la posibilidad de la locura en las puerperas. El puerperio exige, para producir la locura, una disposicion especial de la mujer ó la herencia. En 131 puerperas enajenadas, Helfft, de Berlin, ha encontrado 50 cuyos padres habían sido locos. Weill, de Stephansfeld, ha observado 14 de 30, y Marcé, 24 en 56. Un accidente capaz de aumentar la conmocion del sistema nervioso, como el dolor excesivo ó la conmocion moral, puede determinar el mismo resultado. Creo que hay necesidad de no extender demasiado la investigacion de las causas, so pena de caer en la trivialidad, siendo verdaderamente pueril suponer, como se ha hecho, que la impresion del frio, la astringencia del vientre, una secrecion de leche demasiado abundante pueden determinar un trastorno tan profundo de las funciones cerebrales. Las causas y las coincidencias son cosas distintas que se confunden á menudo. La influencia de la supresion de los loquios y las metástasis de la leche son doctrinas antiguas que nadie acepta en nuestros dias.

Marcé admite entre las causas determinantes la anemia, la circunstancia de ser la mujer múltipara y de edad algo avanzada. Acaso tengan alguna influencia estas condiciones etiológicas, pero desaparecen en cierto modo ante la importancia de la predisposicion hereditaria. El mismo autor ha observado en algunos casos la coincidencia de la vuelta de la primera menstruacion, ó de la época en que debía verificarse, con el principio de la enfermedad.

La locura puerperal tiene sus grados como la ordinaria; el estado de enajenacion y el de salud están ligados por gradacio-

nes insensibles, y es casi imposible determinar donde empieza la locura y donde acaba la razon. Entre las aberraciones funcionales del cerebro que sobrevienen en el curso del embarazo, hay algunas manifestaciones que, sin pertenecer á la manía, se separan, no obstante, de un modo muy marcado, de los hábitos morales de la enferma; así se ven nacer antipatías sin motivo, deseos extraños, caprichos singulares, etc. Asisto en este momento á una señora jóven de gran inteligencia, cuyo primer embarazo sólo ocasionó trastornos físicos. En la actualidad se encuentra en cinta de cuatro meses y se imagina que su niña padece de ocena; esta idea la persigue sin cesar; se levanta por la noche para examinar la respiracion de su hija, y á pesar de todo lo que he podido decirle, está convencida de la realidad de esta alucinacion, que la desespera. Podría citar gran número de casos análogos; pero estos trastornos de los sentidos ó de la inteligencia son parciales; en todo lo demas la enferma está perfectamente sensata y lúcida, pudiendo considerarse su manía como una de esas aberraciones ligeras que desaparecen, á más tardar, despues de dar á luz.

Durante un parto laborioso y prolongado se presenta á veces en una mujer excitable un delirio momentáneo. Conserva el recuerdo de sus divagaciones y pide perdon despues á los que maltrató é injurió involuntariamente. El ataque puede adquirir proporciones más graves, la enferma pierde la conciencia de sus actos, el delirio se hace furioso y hay necesidad de proteger á ella y á su hijo contra sus arrebatos. En estos casos recobra la razon cuando el dolor cesa y no queda indicio alguno despues del parto. No considero estos accidentes pasajeros como locura, y reservaré exclusivamente este nombre para los fenómenos permanentes y de cierta duracion que ocurren durante el embarazo, despues del parto ó en la lactancia y el destete.

**Frecuencia.** No hay estadísticas suficientes para poder apreciar la frecuencia de la locura puerperal con relacion á la totalidad de los partos. Sin embargo, los documentos que se poseen acerca de este asunto permiten afirmar que este número es inferior á 1 por 1.000, siendo preciso todavía bajo este concepto establecer categorías. Es evidente que las solteras embarazadas que sufren el abandono y las eventualidades de una vida miserable, presentan bajo este punto de vista predisposiciones más notables que las demas mujeres. Marcé, reuniendo las estadísticas de diferentes hospitales de locos, ha encontrado que de cada 12 ó 13 casos de locura, uno reconocía por causa el estado puerperal. Ha observado además que de 310 casos, 27 se han desarrollado durante el embarazo, 180 en el puerperio y 103 durante la lactancia ó el destete. Es, pues, sobre todo, despues del parto, cuando los accidentes se manifiestan. Esquirol ha observado la invasion 16 veces del primero al cuarto día de puerperio; 21, del cuarto al décimoquinto; 17, del décimosexto á los dos me-



ses ; 19, del segundo al duodécimo, y 19, en la época del destete y en otras variables. El período de invasión es, pues, más frecuente á medida que se aproxima al parto.

Durante el embarazo la locura se presenta rara vez antes del tercer mes, aunque varias veces ha empezado en el momento de la concepcion ; sin embargo, es más frecuente hácia el sexto ó séptimo mes.

**Formas y pronóstico.** Las manifestaciones de la locura puerperal son idénticas á las que se observan fuera del embarazo. Remitimos, pues, al lector para el estudio de los síntomas á los tratados especiales de los alienistas. La naturaleza y el objeto de las aberraciones son tan variadas, que sería preciso hacer la historia de todas las enfermas para formarse una idea completa. Examinaremos, pues, únicamente las circunstancias especiales que interesan al comadron. En general, el pronóstico de la locura puerperal es menos grave que el de las que reconocen otras causas, y su curacion se obtiene en las dos terceras partes de los casos. Su forma y la época en que sobreviene presentan circunstancias especiales bajo este concepto.

**DURANTE EL EMBARAZO.** — La melancolía es la forma más frecuente. Marcé la ha observado 10 veces en 16 casos. Es menos grave que las otras manifestaciones. Los trastornos de la inteligencia pueden, sin embargo, llegar hasta la enajenacion completa y persistente. No es siempre fácil, tratándose de una mujer irritable y nerviosa, conocer los límites precisos del desorden mental. Se necesita en ocasiones mucho tacto y espíritu de observacion para discernir el verdadero estado mental de una embarazada. El profesor debe tener en cuenta los antecedentes, como la herencia, el caracter de la enferma y las circunstancias que han podido determinar en ella una conmocion nerviosa de importancia.

Un ataque ocurrido en una preñez anterior constituye una predisposicion grave á la recidiva ; Montgomery lo ha observado una vez en tres, y otra en ocho embarazos sucesivos. La curacion se obtiene á menudo despues del alumbramiento, cuyo resultado ha sido observado por Marcé 7 veces en 19 ; en 2 casos la afeccion desapareció en el curso del embarazo ; en 9 la curacion ha sido más tardía ó ha faltado por completo. En un caso el parto exasperó el delirio y la mujer sucumbió.

**LOCURA DE LAS PUÉRPERAS Y DE LAS NODRIZAS.** — Despues del parto es cuando principalmente la locura se declara. Hemos visto que durante el embarazo predomina la melancolía ; despues del alumbramiento la manía es la que se observa con más frecuencia ; se comprueba ademas la locura parcial, como la alucinacion, y finalmente, un abatimiento mental, que llega hasta aniquilar á la enferma, y que los tónicos hacen desaparecer. En sus 44 casos, Marcé ha observado : la manía, en 20 ; la melancolía, en 10 ; la locura parcial, en 5, y el abatimiento mental transitorio, en 2.

Aparte del pronóstico especial de cada una de estas formas, Marcé distingue con cuidado dos períodos de invasion, uno limitado por los diez primeros dias del puerperio, pero comprendiendo principalmente los cinco primeros, y el otro, que corresponde á la sexta semana. Esta es la época de la vuelta de las reglas, y aunque falta en las nodrizas, no por eso están á cubierto de los accidentes. En 44 casos de locura post-puerperal, treinta y tres veces ha empezado antes de los diez dias y once hácia la sexta semana.

*Manía.*—No obstante, su gravedad en cuanto al pronóstico; puede sólo tener una intensidad muy pasajera. Puede afectar la forma delirante aguda, el pulso se acelera, y es posible creer en una afeccion febril acompañada de trastornos de la inteligencia. Es preciso, pues, examinar con cuidado los elementos diversos del diagnóstico para no confundir con la manía otras enfermedades, especialmente las inflamaciones del cerebro. En la mayoría de los casos los accidentes se presentan de un modo progresivo, el período prodrómico dura algunos dias, y se da á conocer por tristeza, excitacion y hasta con exaltacion de los sentimientos de amor ó de odio, locuacidad, insomnio y algunas perturbaciones sensoriales. Se ha observado la tendencia á las ideas eróticas. Simpson, en 4 casos, ha encontrado albúmina en las orinas; Burnett ha comprobado un hecho análogo y Donkin otro. Existe ademas una relacion fácil de explicar entre el principio de la afección y las convulsiones eclámpicas. A continuacion de estos fenómenos prodrómicos la manía estalla y sigue su curso continuo.

Algunas veces los prodromos faltan por completo, y los accidentes confirmados se presentan de pronto.

La manía ha terminado por la curacion diez y seis veces en 24 casos; en 2 se hizo incurable: en otras 2 al cabo de un año el mal no había mejorado, y se ignoraba el resultado definitivo de las enfermas; cuatro veces la muerte sobrevino antes del vigésimo dia. Cuando la manía se complica con delirio agudo el pronóstico es muy grave, y la terminacion funesta se observa en las cuatro quintas partes de los casos.

La *melancolia postpuerperal* difiere poco de la que se desarrolla durante la preñez. Algunas veces su predisposicion evidente se ha presentado en el curso del embarazo; los disgustos tienen gran importancia en estas circunstancias. Su principio confirmado se verifica como para la manía en las mismas épocas, con ó sin prodromos.

En ciertos casos no existe más que una postracion profunda asociada á un trastorno de las ideas; la palabra es lenta, la fisonomía estúpida y la marcha vacilante. Más frecuentemente se observa un delirio triste, las ideas de persecucion dominan, la enferma teme la muerte, y á pesar de esto tiene inclinacion al suicidio. El insomnio y la astringencia de vientre son síntomas

que faltan rara vez. Existen además alucinaciones y aberraciones de los órganos de los sentidos. La enferma necesita una vigilancia activa, no sólo por ella, sino también por su hijo, que ha sido con frecuencia víctima de sus tentativas de destrucción, aun cuando el estado de estupor permitía creer en la falta de todo pensamiento combinado.

El pronóstico de la melancolía es poco grave. No desaparece rápidamente como se ha observado en la manía, sino que su curación es progresiva y se obtiene de uno á seis meses en general.

*Monomanía post-puerperal.* — Esta forma difiere de las otras, en que el delirio es parcial; la alteración mental recae en un solo orden de ideas, y la razón está completa para los demás. Algunas veces la monomanía está constituida simplemente por aberraciones funcionales de los sentidos. La enferma está alucinada, oye voces que la amenazan y la injurian, y ve monstruos imaginarios.

Estos trastornos se manifiestan en ciertos casos solamente, en el estado de duerme-vela: cuando la enferma quiere dormirse; al abrir los ojos todo desaparece. Tiene conciencia de que es juguete de ilusiones; pero la persistencia de estos fenómenos morbosos obra de un modo desfavorable en su estado mental, y la mujer acaba por experimentarlos continuamente, dando lugar esta situación á un pronóstico bastante grave.

El delirio parcial puede recaer sobre un orden determinado de ideas; la enferma es acometida de escrúpulos religiosos, alimenta algún proyecto extraño que absorbe sus pensamientos, y se siente inclinada insensiblemente á cometer un acto de locura criminal. El pronóstico de esta forma no es en general muy alarmante respecto á la enfermedad, porque lo más común es que se cure; pero es grave en razón de los actos que puede cometer la enferma.

De todas las formas de locura puerperal la monomanía es la que más á menudo da lugar á los reconocimientos médico-legales. Sucede con frecuencia que la mujer obedece á los instintos de destrucción que la dominan, y es difícil determinar si el crimen es debido á la premeditación ó á un acto de locura transitoria, porque algunas veces la monomanía se desarrolla repentinamente, y una vez cometido el acto, la enferma recobra por completo la razón. Se necesita mucha prudencia y tacto para resolver semejantes cuestiones, y los elementos de convicción se sacan tanto del estudio de los antecedentes y circunstancias que se refieren al crimen, como del examen de la enferma.

**DE LA LOCURA EN LAS NODRIZAS.** — La locura se observa con frecuencia la mitad de las veces menos en las nodrizas que en las recién paridas. Se puede dividir también para ellas el período de invasión en dos épocas: 1.º Hacia la sexta semana del puerperio, es decir, hacia la época de la vuelta de la reglas que

falta en ellas; 2.º en una época que varía entre el octavo y el vigésimo mes de la lactancia. ó algunos dias despues del destete. En 22 casos, Marcé indica 6 que pertenecen á la primera categoría; los demas á la segunda. En estos casos se atribuye el desarrollo de la enfermedad al aniquilamiento ocasionado por la lactancia prolongada ó á la supresion brusca de una secrecion abundante. Creo que la causa esencial reside en las predisposiciones de la mujer.

Se ha observado en las nodrizas las diferentes formas de locura que acabamos de examinar despues del parto.

El pronóstico es generalmente favorable; en 26 casos de locura en nodrizas, Marcé ha visto 20 curaciones, 2 muertes, un incurable, y de tres enfermas se ignora su paradero. La mitad de los casos se curaron antes del tercer mes.

**Tratamiento.** El tratamiento de la locura puerperal es completamente incierto, como el de la locura que sobreviene por otras causas, y sería muy difícil, en las curaciones, separar la parte que corresponde á la naturaleza de la que pertenece á los recursos del arte.

Cuando la afeccion se desarrolla durante el embarazo, debemos limitarnos á la medicina expectante, absteniéndonos de medios activos, sobre todo de aquellos que pudieran debilitar á la enferma. Se la coloca en las mejores condiciones higiénicas posibles, y se seguirá un tratamiento sintomático.

Durante el parto, el delirio pasajero indica la necesidad de terminar la extraccion rápidamente.

Cuando la locura sobreviene despues del parto, se han aconsejado un gran número de tratamientos, cuya eficacia no está perfectamente demostrada. Las sangrias han sido con justicia rechazadas. Guislín ha preconizado el tártaro estibiado á dosis rasorianas; Brières de Boisson, los baños templados; Tuke, la belladona. Se han empleado los purgantes, los narcóticos, los antiespasmódicos, la dieta láctea, las afusiones frias, etc.

La locura de las nodrizas coincide á menudo con la falta de fuerzas. La indicacion consiste en suspender la lactancia y reconstituir á la mujer con una medicacion tónica. Las afusiones frias podrán unirse con utilidad á este régimen.

#### FISURAS DE ANO.

En 1855, y casi al mismo tiempo, asistía á tres señoras que padecían fisuras del ano. Una circunstancia me llamó la atencion, y era que las tres estaban recién paridas, y el principio de la lesion era consecutivo al alumbramiento. Desde esta época he tenido ocasion de observar la misma coincidencia en 14 casos, de los que 11 pertenecen á mi práctica. Los partos, excepto dos, no habían presentado ninguna complicacion. En algunas de estas enfermas la fisura no había llamado la atencion sino pro-

gresivamente, y los sufrimientos existían hacía mucho tiempo (siete meses en un caso) cuando fui consultado. Había, en mi concepto, una relacion innegable de causa á efecto entre el parto y la fisura.

No creo que la astriccion del vientre, que es la regla de los últimos tiempos de la preñez, sea la causa de la fisura, porque únicamente despues del parto es cuando han sentido los dolores. Me inclino más bien á considerar como causa determinante las tracciones que experimenta el ano durante la distencion del periné. En casi todas las mujeres, la astriccion habitual sostenía la enfermedad, que, como sabemos, tiene poca tendencia á curarse espontáneamente.

Bournier ha llamado la atencion acerca de este asunto, y Melchior, en el año pasado, publicó acerca de esta cuestion de patología puerperal un trabajo, en el que demuestra que en 16 fisuras de ano observadas por él en la mujer, 13 veces eran consecutivas al parto.

La repugnancia que presentan las mujeres á dejarse examinar, hace que sufran por mucho tiempo antes de consultar al médico, y sólo cuando su pudor es vencido por los dolores, algunas veces atroces, que experimentan en cada defecacion, es cuando se deciden por fin á reclamar los auxilios de la ciencia.

El diagnóstico de la fisura de ano es muy fácil, sobre todo cuando no está complicada de hemorroides. El dolor violento que acompaña á la defecacion es ya un indicio. Basta desplegar con cuidado las arrugas del ano para ver la fisura, situada á algunos milímetros del orificio externo y alojada en el fondo de uno de los repliegues de la mucosa.

Hasta la fecha, el tratamiento más eficaz de la fisura de ano consiste en dilatar bruscamente el esfínter anal por la introduccion de dos dedos (uno de cada mano). Esta operacion, en la que se evita el dolor por el cloroformo, asusta á las enfermas, y se someten á ella con mucha repugnancia. Yo he establecido un tratamiento que me ha dado constantemente buen resultado y que las enfermas aceptan de mejor gana.

Consiste en introducir en el ano un pequeño tapon de algodón en rama arrollado sobre una candelilla y empapado en la tintura de iodo, que dejo en contacto algunos segundos con la region enferma; despues lo retiro. El dolor que ocasiona esta pequeña operacion es menos vivo que el que sufre la enferma durante la defecacion, y el tiempo que dura no pasa de una hora, extinguiéndose algunas veces al cabo de quince ó veinte minutos.

La cauterizacion se renueva cada tres ó cuatro días, y es raro que tengamos necesidad de practicarla más de cinco ó seis veces. He tratado con el mejor resultado por este procedimiento fisuras que no reconocían por causa el parto, y una de ellas databa de dos años.



## ENFERMEDADES DE LA MAMA.

## GALACTORREA.

La galactorea está constituida por una secrecion de leche demasiado abundante. Puede presentarse en nodrizas vigorosas sin que la mujer sufra por eso, y sin que el líquido se altere en sus principios constituyentes. En este caso es una simple exageracion del fenómeno fisiológico, y se ve á la leche salir espontáneamente ó escaparse de un pecho mientras el niño mama del otro. Cuando la galactorea depende de una alimentacion demasiado reparadora en una nodriza que no está acostumbrada á ella, se modifica el régimen disminuyendo la cantidad de alimentos plásticos. Si la leche, demasiado abundante, no es excretada, y si el niño no es bastante vigoroso para vaciar la mama, que se pone dolorida, se recurre á la succion artificial con una bomba de pecho.

La hipersecrecion de leche puede determinar fenómenos patológicos graves. Este líquido se hace seroso y fluye espontáneamente de un modo continuo. La mujer se debilita, enflaquece, no tiene apetito, y cae pronto en un estado de caquexia que termina por la tisis de las nodrizas.

La galactorea no sólo sobreviene en las mujeres que crían; se la observa, aunque rara vez, en las paridas que no crían y hasta en las embarazadas, de lo cual dejo ya citado un caso bastante curioso.

Se ha preconizado un gran número de medicamentos contra la galactorea. En las nodrizas, la primera indicacion que hay que llenar es suprimir la lactancia, y con frecuencia basta esto. En los casos rebeldes, ó en las mujeres que no crían, se han empleado los ferruginosos, los tónicos, los purgantes, las duchas y afusiones frias, pero algunas veces estos medios fallan, y nos encontramos casi desarmados por la persistencia de la hipersecrecion láctea.

He empleado con buen resultado, en estas circunstancias, el agárico blanco en cantidad de un gramo por dia en cuatro dosis. Dejo ya expuestas las razones empíricas que me condujeron á ensayar este medicamento y la manera cómo debe administrarse, por lo cual no añadiré nada á lo dicho sobre este asunto.

## GRIETAS DEL PEZON.

Las grietas del pezon reconocen como causa esencial, y casi podría decirse exclusiva, la succion del niño, cuya boca obra á cada instante como una ventosa. Las demas causas que se citan, tales como la falta de limpieza, el enfriamiento de los pechos, la existencia de aftas en la boca del recién nacido, etc., no están bastante justificadas.

Las primerizas de piel fina están mucho más expuestas que las demás mujeres, sobre todo cuando la secreción láctea es poco abundante ó cuando una mala conformación del pezón obliga al niño á chupar con energía. Es raro que las grietas se manifiesten después de la segunda semana de lactancia, siendo, sobre todo, en los primeros días cuando se las observa, y á veces se reproducen en las lactancias sucesivas de una misma mujer.

La importancia de las lesiones del pezón es bastante variable, y los dolores que siente la enferma están en razón de la gravedad que presentan. En la forma ligera se observa una erosión superficial que deja el dermis al descubierto (1): puede ser múltiple ó aislada. La superficie excoriada está roja, granulosa, da sangre con facilidad, y se cubre de costras delgadas, que se desprenden durante la succión. La erosión es dolorosa; la mujer siente en este punto, cuando el niño mama, una sensación de quemadura, de escozor; pero todavía los sufrimientos son tolerables. La erosión puede extenderse y ocasionar una manifestación más grave del padecimiento, cual es la grieta.

La *grieta* es una ulceración lineal que ocupa los surcos interpapilares ó la base del pezón; cuando es profunda ó extensa recibe el nombre de hendidura. La piel está tumefacta, inflamada en los alrededores de la pequeña herida, y con una sensibilidad extrema. La grieta es el sitio de una supuración ligera, y sangra cuando el niño toma el pecho; de manera, que la criatura absorbe cierta cantidad de sangre que arroja por vómitos ó por cámaras. Este accidente asusta extraordinariamente á la familia, que ignora la causa. Las grietas de la base del pezón son las más graves; tienen á veces tal profundidad que el pezón parece estar á punto de desprenderse.

Los sufrimientos de la mujer son atroces, manifestándose principalmente en el acto de tomar el niño el pecho y cuando vuelve á mamar después de un momento de reposo; luego son menos agudos. Las madres, que por el cariño á su hijo se exponen á tales sufrimientos, experimentan una conmoción nerviosa que puede llegar hasta las convulsiones; sus ojos se llenan de lágrimas, se agarran á lo que las rodea, y temen el momento en que deben dar el pecho. Algunas veces el estado general se afecta por la repetición y violencia de los dolores y por la privación del sueño.

La base de los medios profilácticos para prevenir las lesiones del pezón consiste en las preparaciones astringentes; se espera modificar la sensibilidad de la piel por una especie de curtido; pero, lo repito, la causa esencial de las grietas es mecánica, y las mujeres que están predispuestas por la sensibilidad de su piel, por la conformación viciosa del pezón ó por la secreción láctea insuficiente, no se sustraerán en los primeros tiempos de la lac-

---

(1) Respingones en castellano. — (N. de los T).

tancia á los efectos de la ventosa bucal del niño. Más tarde estas circunstancias se modificarán, y entonces los accidentes no serán temibles. El único medio profiláctico con que se puede contar es el empleo de una pezonera así que la sensibilidad del pezon hace temer que se agriete; si el niño no quiere cogerla, se espera á que tenga hambre, y la necesidad de tomar alimentos vence pronto su repugnancia; se llena la pezonera de leche caliente para provocar las primeras succiones.

El medio curativo por excelencia es la supresion de la lactancia, porque las grietas más graves se cicatrizan rápidamente. Si la enfermedad ocupa un solo pezon, se suspende la lactancia de él hasta que se cure.

Se ha preconizado tambien una multitud de pomadas y lociones para curar las grietas del pezon, como la pomada de precipitado blanco y de acetato de plomo; pero estos medios son peligrosos, á pesar del cuidado que se tenga para limpiar el pezon antes de cada teta, porque el niño puede absorber bastante cantidad de ellas para que le haga daño; las cauterizaciones con el nitrato de plata que Dubois rechaza como inútiles, la glicerina, la tintura de benjuí, el mucílago de pepitas de membrillo, el borato de sosa, la creosota, etc., todos estos agentes no merecen que se les atribuya mucho valor.

Legroux, en el Hôtel-Dieu, ha empleado el medio siguiente, que da algunas veces buenos resultados; aplica un pedazo de intestino de vaca sobre el pezon y la piel de la region inmediata, se hacen previamente algunos agujeros con un alfiler al nivel del pezon para que pase la leche, despues se fija el intestino á las partes subyacentes por medio del colodion, y entonces el niño puede mamar sin que la nodriza sufra.

El remedio más eficaz consiste en emplear la pezonera artificial de teta de vaca ó de marfil reblandecido. En todos los casos, el pecho de la madre y el aparato artificial deben mantenerse sumamente limpios.

#### RETENCION LACTEA (PELO) (1).

En el momento de la calentura láctea sobreviene el infarto de los pechos, debido á la presencia repentina de la leche, que distiende la glándula mamaria sin fluir al exterior. La glándula se pone dolorosa y abultada; pero al cabo de veinticuatro ó cuarenta y ocho horas, la tumefaccion desaparece por reabsorcion y por la excrecion de la leche contenida en la mama.

Por efecto de causas diversas, que no son siempre fáciles de apreciar, entre las que figuran principalmente la insuficiencia

(1) Esta denominacion trae su origen de la opinion vulgar referida por Aristóteles, de que si una mujer al beber se traga un pelo, éste pasa á la mama, que es un cuerpo esponjoso, y atasca sus conductos. — (N. de los T.)

de las succiones del niño, que no desocupa la glándula, ó la impresion del frio, se observa un fenómeno análogo al anterior, en los primeros tiempos de la lactancia ó en el momento de un destete prematuro.

Uno solo ó ambos pechos á la vez se ponen pesados, voluminosos y doloridos sin cambio de color en la piel; las venas cutáneas se marcan más; los lóbulos forman tumores resistentes, muy sensibles á la presion. Algunas veces el infarto se localiza en los lóbulos inferiores de una sola mama por efecto de su posicion declive. La enferma siente más bien molestia que dolor; no hay síntomas de reaccion general, á menos que el infarto sea el principio de un flegmon del órgano, y entonces se presenta la fiebre, y pueden sobre sobrevenir escalofríos.

Lo más comun es que los fenómenos congestivos se disipen espontáneamente al cabo de algunos dias.

El infarto depende de una retencion de leche; por lo tanto es preciso darle salida haciendo con cuidado la succion artificial, si el niño no es bastante vigoroso para llenar esta indicacion. Se necesita ademas detener la produccion de leche sometiendo la mujer á la dieta y produciendo una derivacion al tubo intestinal por un purgante repetido, si hay necesidad. Ademas se sostendrán los pechos con un vendaje suspensivo. Las únicas aplicaciones locales que tienen alguna utilidad son las cataplasmas. Los aceites y las fricciones, que se han recomendado con objeto de desingurgitar los pechos, son inútiles y deben abandonarse.

#### FLEGMONES Y ABSCESOS DE LAS MAMAS.

Los abscesos de la mama pueden ocupar tres puntos distintos: 1.º el tejido celular subcutáneo; 2.º el tejido celular submamario, y 3.º la glándula mamaria. Esta division, formulada por Velpeau, no es arbitraria; corresponde á elementos anatómicos particulares y á deducciones prácticas especiales. Sin embargo, sucede con frecuencia que un absceso desarrollado en un punto lleva consigo la inflamacion de las partes inmediatas, observándose entonces por extension flegmones que invaden simultáneamente dos regiones distintas.

**Abscesos subcutáneos.** Todavía se necesita aquí otra division, porque las inflamaciones no tienen el mismo caracter cuando ocupan el pezon y su aureola ó el tejido celular subyacente.

**ABSCEOS DEL PEZON Y DE LA AUREOLA.**—El flegmon de la aureola coexiste á menudo con el de la glándula, del cual es entonces una propagacion. Las inflamaciones de la aureola y del pezon son ordinariamente consecutivas á las grietas que hemos estudiado hace poco. Se distinguen de los flegmones subcutáneos por su tension y la eminencia que forman por encima de la glándula. La resolucion es el modo de terminar que se ob-

serva más frecuentemente. Cuando supuran, se forman por debajo de la piel pequeños abscesos superficiales, que pueden ó no comunicar con los conductos galactóforos. Este punto de diagnóstico, que el microscopio aclarará en caso de duda, tiene su importancia. Si el pus comunicara con los conductos excretorios, sería preciso suspender la lactancia del niño con el pecho enfermo, para evitar que absorba pus con la leche. Estos abscesos son ordinariamente poco dolorosos y no determinan reaccion general.

El tratamiento consiste en suspender la lactancia en los casos de grietas del pecho, para evitar la inflamacion del pezón ó de su aureola, y para obtener la resolucion si la flegmasía ha empezado ya. Se aplican ademas cataplasmas sobre la region, y en casos de abscesos se los abre inmediatamente que la fluctuacion permite reconocer la presencia del pus.

FLEGMON DE LA CAPA ADIPOSITA SUBCUTÁNEA. — Por lo general la inflamacion de esta capa es la consecuencia de los flegmones de la glándula. Los caracteres que presenta en nada difieren de los que se observan en las demas regiones de la economía, á saber: dolor vivo, local, que se exaspera por la presión, piel caliente, roja y tumefacta. El pezón parece como algo hundido en los tejidos. Si la inflamacion es extensa, sobreviene la fiebre, acompañada de sus síntomas generales ordinarios.

La resolucion es bastante frecuente (1); pero si la enfermedad no se limita, la supuracion se manifiesta con rapidez. Entonces el pecho recobra su volumen normal, excepto en el punto en que la inflamacion empezó, viéndose allí persistir la tumefaccion; la piel se enrojece, se adelgaza, y se puede apreciar la fluctuacion fijando el órgano sobre el tórax con una mano extendida y aplicada sobre la superficie de la glándula, y con la otra, que ha quedado libre, explorando con cuidado la region inflamada y buscando los puntos fluctuantes.

Los abscesos están, por lo comun, situados hácia abajo y afuera ó hácia arriba y adentro de la glándula; son con frecuencia múltiples y globulosos, de base bien circunscrita, y se abren en la proximidad del pezón. Estos abscesos coexisten á menudo con los de la glándula mamaria, y éste es un punto del diagnóstico que es necesario precisar mediante el microscopio para evitar los peligros que resultarían para el niño de la mezcla del pus con la leche. Cuando existe semejante comunicacion, hay necesidad de suspender la lactancia; en el caso contrario, debe continuarse para evitar la complicacion de un infarto mamario.

Al principio se combatirá la inflamacion con cataplasmas, purgantes y la compresion hecha con cuidado. Se sostendrá el pecho enfermo con un vendaje, permaneciendo la mujer acostada

---

(1) Segun nuestra experiencia personal, la supuracion es más constante que la resolucion en esta clase de dolencias. — (N. de los T.)



del lado sano. Cuando la supuración se manifiesta, es preciso dar salida al pus con la lanceta, haciendo la punción en el sitio más declive que pueda elegirse. Se lavará el foco con inyecciones emolientes; recurriendo en seguida, si hubiera necesidad, á las iodadas para apresurar la unión de las paredes del absceso, ayudadas de una compresión metódica, que bajo este concepto será de gran utilidad. Hay ventaja en no esperar la espontánea abertura de los focos y de intervenir pronto, evitando de este modo, hasta cierto punto, la formación de nuevos abscesos, que se manifiestan con demasiada frecuencia en estas circunstancias.

**Flegmones y abscesos submamarios.** También en este caso la inflamación es propagación de la que ha invadido á la glándula; presenta gran tendencia á extenderse, y rara vez se limita á un sólo punto. Aparte de los síntomas comunes á las demás inflamaciones de la mama, el flegmon submamario tiene caracteres que le son propios. El dolor es gravativo ó punzitivo, y no se exacerba por la presión. Palpando, no se perciben las abolladuras diseminadas que se encuentran en la inflamación de la glándula. El pecho aparece como elevado, pero queda extraño á la flegmasía, y cuando se le quiere acercar á la pared torácica, se siente una resistencia elástica profundamente situada.

El curso de este flegmon es rápido é invasor; rara vez se limita antes de traspasar la circunferencia de la glándula, pudiendo extenderse hacia el cuello ó hacia las regiones inferiores de la pared torácica. La supuración sobreviene al cabo de cinco ó seis días, y va acompañada de escalofríos irregulares, siendo considerable la cantidad de pus acumulada. Es preciso también asegurarse de que el absceso no comunica con la glándula mamaria. Algunas veces la supuración se abre paso hacia la piel por varios trayectos que pasan á través de la glándula.

El tratamiento es el mismo que en los casos anteriores; sin embargo de que la indicación de abrir el foco en su parte declive es aquí más imperiosa, porque cuando la salida espontánea del pus se verifica por un punto elevado, lo que no es raro á causa del decúbito que guarda la enferma, la supuración se hace inagotable, el pus se acumula en su foco antiguo, cuyas paredes no se unen, y sale á la presión por el orificio fistuloso, que se encuentra situado demasiado arriba para darle paso inmediatamente que se forma. He sido consultado por una enferma que llevaba padeciendo diez meses de una fístula análoga. Atravesé el foco antiguo, siguiendo la abertura fistulosa, con un trócar largo, que hice salir por debajo de la mama. Un tubo de desagüe substituyó al trócar, haciendo inyecciones diarias con una jeringa; después, dos veces por semana, inyecciones con la tintura de iodo diluida, consiguiendo la curación al cabo de quince días.

**Flegmon de la glándula mamaria.** Rara vez primitivo, es con mucha frecuencia consecutivo al infarto de la glándula, desarrollándose también por la extensión de un flegmon próximo. Se le

observa poco en las mujeres que no crían, y es frecuente, por el contrario, en las que empiezan la lactancia y se ven obligadas á suspenderla al cabo de algunos dias.

Al principio sus síntomas son los del infarto, despues los fenomenos inflamatorios se desarrollan, el pecho se abulta á veces en algunos puntos limitados, que son asiento de una induracion dolorosa, siendo raro que la mama sea invadida primitivamente. Los lóbulos son atacados de un modo sucesivo, y esta progresion hace muy larga la enfermedad. Ordinariamente no termina por resolucion, manifestándose el pus de los doce á los quince dias, y algunas veces todavía más tarde. El pus se infiltra á traves de los lobulillos, los aísla y viene á acumularse debajo de la piel.

La inflamacion de la glándula está constituida por pequeños flegmones sucesivos; así cuando el pus se agota en un punto, empieza en otro. Velpeau ha observado hasta 52 focos en un mismo pecho. La infiltracion del pus entre los lobulillos determina madrigueras, y no es raro que la supuracion se extienda al tejido celular submamario.

En esta flegmasía el pus se mezcla necesariamente con la leche, como lo revela el microscopio, y es necesario suspender inmediatamente la lactancia con el pecho enfermo.

El tratamiento no difiere en nada del establecido para las formas precedentes: cataplasmas al principio, suspender el órgano con un vendaje conveniente y abrir los abscesos tan luego como se perciba la fluctuacion, siendo bueno cauterizar los bordes de la abertura con el nitrato de plata para impedir su cicatrizacion prematura. Los focos se limpiarán con inyecciones emolientes, haciendo una compresion metódica sobre la glándula para favorecer la union de las paredes de los senos, pudiendo recurrirse á las inyecciones iodadas cuando la supuracion es rebelde. Los flegmones de la glándula mamaria tienen siempre una duracion mucho más prolongada que los situados en las demas regiones del órgano.

## INFLUENCIA DEL EMBARAZO EN EL CURSO

### DE LAS ENFERMEDADES.

Hemos indicado, al estudiar la causa del aborto, la accion que ejercen ciertas enfermedades en el curso de la preñez, y los resultados que ha dado la observacion han permitido formular opiniones bastante exactas acerca de este punto. No sucede lo mismo cuando se quiere examinar la influencia del embarazo en las enfermedades coexistentes. Sólo poseemos nociones muy limitadas acerca de esta cuestion, hallándose su estudio casi por empezar.

La tisis, en razon de su frecuencia, es ciertamente una de las

afecciones que más á menudo se observan durante el embarazo, y, sin embargo, no hay generalmente conformidad acerca de las modificaciones que por él experimenta. Cullen, Bordeu, Andral, P. Dubois, etc., creían que la preñez retardaba la marcha de la tisis, la cual hacía progresos más rápidos despues del alumbramiento. Grisolles pretende, por el contrario, que con frecuencia la gestacion es una causa predisponente de la tuberculosis. Se la ve desarrollarse durante la preñez, la que acelera la marcha de la enfermedad cuando preexiste á la fecundacion. El alumbramiento produce el mismo resultado segun este autor; y en las mujeres cuyo padecimiento está avanzado, determina, por el contrario, un alivio transitorio. Carême indica tambien la preñez como causa predisponente y agravante de la enfermedad, comparándola con las afecciones debilitantes que tienen una accion desfavorable en el curso de la tuberculosis. Funda sus conclusiones en 36 casos.

Como se ve, la cuestion no está resuelta; sin embargo, me encuentro muy dispuesto á creer que la opinion de Grisolles y de sus discípulos se aproxima algo más á la exactitud que la de los antiguos.

El embarazo, segun Grisolles, tiene una influencia perniciosa en el curso de la pulmonía, sobre todo, antes del séptimo mes, en que sería casi siempre fatal. En 15 enfermas atacadas de dicha enfermedad en diferentes períodos de la gestacion, 11 sucumbieron. Saint-Romes observó la misma terminacion 4 veces en 5 casos.

Por otra parte, Bourgeois (d'Etampes) sólo ha perdido dos enfermas de diez, y considera, en contra del parecer de Grisolles, el pronóstico más funesto cuanto más adelantada está la preñez. Las investigaciones de Verrier concuerdan con las de Bourgeois; en cuatro observaciones que ha reunido, ninguna de las mujeres murió. Cree que el tratamiento no debe modificarse, y que es preciso obrar como si la mujer no estuviera en cinta.

En resumen, estamos todavía en presencia de dos opiniones distintas. Grisolles y Saint-Romes consideran la influencia del embarazo en la pneumonía como excesivamente grave. Bourgeois y Verrier, sin negar esta gravedad, hacen un pronóstico mucho más favorable; por lo tanto, se necesitan nuevos hechos para que la cuestion quede definitivamente juzgada.

La preñez comunica á la viruela una gravedad suma. Mauriceau decía que todas las mujeres que abortan teniendo viruelas, sucumben, y desgraciadamente el aborto en estas circunstancias es extraordinariamente comun. En 27 variolosas embarazadas, asistidas por Serres en su Clínica de la Pitié, 22 abortaron, y murieron. En cuatro enfermas, en las mismas circunstancias, Grisolles observó cuatro defunciones. Gariel, sin embargo, es demasiado absoluto cuando afirma que esta terminacion es inevitable, y Saint-Romes ha publicado tres observaciones que

prueban lo contrario. No obstante, la viruela debe considerarse como excesivamente grave durante el embarazo, y casi siempre mortal cuando determina el aborto.

Bouchut ha observado la accion de la preñez sobre el cólera. En 52 mujeres atacadas en estas circunstancias ha comprobado 30 muertes y 22 curaciones. La mortalidad es, pues, más considerable que para las coléricas que se encuentran fuera del estado puerperal.

La influencia de la gestacion sobre las demas enfermedades es nula ó no ha sido suficientemente estudiada para que me ocupe de ella, porque tres ó cuatro observaciones no tienen valor alguno en semejante caso.

Hertod, citado por Sue, y Dupuy, ha observado fracturas cuya consolidacion, retardada por la preñez, no se verificó hasta despues del parto. Cazeaux consigna observaciones análogas pertenecientes á Alanson y Fournié; Gosselin refiere que F. de Hilden, Hertodius y Samuel Cooper han visto casos semejantes. Sin embargo, el embarazo no dificulta siempre la formacion del calo en las fracturas, y Gosselin ha observado en su Clínica dos fracturas, una del femur y otra del húmero, que se han consolidado perfectamente en mujeres embarazadas.

## CORNEZUELO DE CENTENO.

**Historia.** Camerario (1668) fué el primero que indicó, sin concederles mucha confianza las propiedades oxitólicas, del cornezuelo de centeno, que las matronas de su tiempo empleaban en los partos. Un siglo despues (1774), Parmentier, en una comunicacion dirigida á la Academia de Ciencias, refirió la carta de una señorita Dupille que administraba el cornezuelo de centeno para activar el parto cuando la presentacion de la criatura era favorable y la expulsion marchaba con lentitud, cuyo remedio había aprendido de su madre. Es evidente que el cornezuelo de centeno, conocido por los médicos sólo como una sustancia venenosa, capaz de producir la gangrena (1), se empleaba muchísimo tiempo antes por las comadres como un medio capaz de acelerar el parto.

Desgranges, de Lyon (1777); Stearnes, de Washington (1807), y Prescott (1814) introdujeron en la práctica este precioso agente, cuyo conocimiento adquirieron tambien por conducto de las parteras.

Este medicamento, el más indispensable de la terapéutica obstétrica, fué muy mal recibido en Francia, oponiéndose á su

---

(1) El *ergotismo*, bajo su doble forma, gangrenosa y convulsiva, ha sido origen de muchas epidemias; entre otras, de las conocidas en la historia con los nombres de *fuego sagrado*, *fuego oculto*, *fuego de San Antonio*, *fuego de San Marcelo*, *mal de los Ardientes*, *mal de Soloña*, *Rafania*, *Kromm*, *Ustilago*, *convulsion cereal*, etc., etcétera. — (N. de los T.)

administracion Gardien, Desormeaux, Chaussier, Lachapelle y Capuron, y no logró captarse la confianza de los prácticos hasta despues de los trabajos de Villeneuve y de Goupil (1827). Se ha clamado con razon contra el abuso que se ha hecho del cornezuelo de centeno en obstetricia; pero todas las personas de buen juicio están conformes en reconocer su importancia y los servicios que está destinado á prestar á los comadrones.

**Historia natural.** El cornezuelo es una alteracion del grano de centeno, producida por la presencia de un hongo parásito. Esta opinion ha sido aceptada, con algunas variantes, por de Candolle, Eries, etc. Segun Lévillé, se ve desarrollarse primero en el vértice del ovario un jugo meloso que forma un cuerpo blando, viscoso y deforme, debajo del cual el ovario no fecundado y alterado aparece como un punto negro, y se desarrolla de un modo anormal formando el cornezuelo. Al salir de la espiga empuja y lleva por delante al hongo (*sphacelia*), el cual no tarda en desecarse, cayendo en forma de polvo y dejando sobre el órgano únicamente su tubérculo de implantacion. Fée creía que el hongo se desenvolvía en la base de la flor del centeno, entre el ovario y su pericarpio, y que envolvía al cornezuelo con una red filamentosa de mallas irregulares. Guibourt, sin dejar de admitir la existencia de la esfacelia en el cornezuelo, opina que este último no conserva nada de su organizacion primitiva ni de la naturaleza química del grano, sino, por el contrario, los principios y la textura de los hongos, pudiendo considerarse el cornezuelo como uno de ellos. El examen microscópico y la análisis química han conducido á Robin á formular conclusiones análogas.

El cornezuelo (cornete ó tizon) se forma de preferencia en los años húmedos y lluviosos, y en los países en que se cultiva mucho el centeno se encuentra mezclado en cantidad considerable con la harina, determinando en este caso síntomas de ergotismo (convulsiones y gangrenas) en tan gran número de individuos, que llega á constituir una especie de epidemia.

El cornezuelo se ha observado tambien en otras varias gramíneas: el trigo, la avena, la zizafia, etc.

El cornezuelo de centeno es duro, de color pardo-violeta, de forma encorvada, irregularmente prismática, cuadrangular ó triangular (1). Su superficie, excavada por un canal longitudinal, está marcada por grietas, y se encuentra á veces cubierta por un polvo blanquecino. Su longitud es de 2 á 4 centímetros; su fractura transversal es limpia y su estructura compacta; su sabor, poco marcado al principio, es astringente, y su olor nauseabundo.

Se altera con facilidad al aire libre, y se apoderan de él lar-

(1) El cornezuelo se ha comparado, por su forma, con el espolon del gallo: *ergot* en francés. — (N. de los T.)



vas de insectos. Hay, pues, necesidad de conservarlo al abrigo de la humedad y en frascos bien tapados.

**Preparacion y dosis.** El análisis del cornezuelo manifiesta que entran en composicion un gran número de elementos diversos (1). Se ha tratado de aislar su principio activo separándolo de la sustancia tóxica, á la que se atribuyen los accidentes de ergotismo; pero esta investigacion no es muy útil en cuanto á los partos se refiere, porque á las dosis á que se administra el tizon no es capaz de producir síntomas de envenenamiento. Bonjean, de Chambéry, ha extraído del cornezuelo una sustancia á que ha dado el nombre de ergotina, y que, segun él, contiene el principio activo despojado del elemento tóxico del vegetal. La ergotina de Bonjean, que es un simple extracto acuoso tratado en seguida por el alcohol, tiene propiedades análogas pero menos enérgicas que el cornezuelo, razon por la que debemos siempre preferir este último, si es que podemos fiarnos de sus cualidades.

Las infusiones, tinturas, cocimientos y jarabes de cornezuelo son preparados infieles. En Francia se recurre únicamente al polvo. Hay que tener cuidado de prepararlo en el momento de irlo á usar, porque se altera con rapidez y pierde sus propiedades.

El comadron debe tener en su caja cornezuelo en grano de la última cosecha; porque *es tanto menos activo cuanto más tiempo tiene*. No hay que fiarse del que venden los farmacéuticos, pues en ocasiones tiene de fecha algunos años. Se debe tratar de averiguar la procedencia hasta donde sea posible, y renovar anualmente la provision. En el momento de irlo á usar se le pulveriza entre dos planchas.

(1) Segun Bonjean (de Chambéry), el cornezuelo de centeno está compuesto en 100 partes, de:

Aceite fijo.....	37,50
Ergotina.....	13,25
Resina parda.....	2,35
Polvo rojizo, inerte, insoluble en alcohol y éter hirviendo.....	0,63
Goma.....	1,62
Glúten.....	0,12
Glutina ó albúmina vegetal.....	1,80
Fungina.....	5,25
Materia colorante violada.....	0,40
Cloruro de sodio.....	1,12
Fosfato de potasa, de magnesia.....	0,75
Subfosfato ácido de cal.....	3,43
Oxido de hierro.....	0,31
Sílice.....	0,87
Cobre.....	Indicios.
Fibras leñosas.....	24,35
Agua.....	3,25
Pérdida.....	2,60

---

99,60

(N. de los T.)

Se administrará á dosis variables, segun el efecto que se quiere producir ; si se trata de despertar las contracciones sin comunicarle demasiada energía, se darán 50 centigramos en una cucharada de agua, bebiendo la mujer despues una cantidad mayor del mismo líquido para que arrastre el polvo que haya quedado en la boca. Esta dosis podrá repetirse varias veces despues de veinte minutos de intervalo si no se han considerado suficientes las anteriores. En caso de hemorragia despues del alumbramiento, se podrán disponer tres, cuatro y hasta cinco gramos sin ningun inconveniente.

Los efectos son proporcionados á la cantidad administrada, por lo cual el práctico modificará las dosis segun los resultados que desee obtener.

A veces el cornezuelo de centeno determina náuseas y vómitos. Cuando es devuelto por la boca se administra en lavativas, suspendido en una corta cantidad de un cocimiento de simiente de lino, empleando una cantidad mayor, porque en este caso su accion es menos rápida. De ninguna manera debemos asociarlo al opio para hacerlo tolerable, pues las preparaciones opiadas tienen la propiedad de suspender las contracciones uterinas, y, por consiguiente, neutralizar el efecto del cornezuelo.

**Accion del cornezuelo de centeno.** Las contracciones uterinas se manifiestan por influencia del cornezuelo, al cabo de un tiempo que varía entre diez y veinte minutos, y persisten durante treinta ó noventa, debilitándose progresivamente.

Desenvuelve principalmente su accion cuando el parto está empezado ; pero no puede determinarlo ó iniciarlo ; á menos de que se administre á dosis considerables durante varios dias seguidos, y aun en este caso ponen en duda su eficacia algunos autores.

Las contracciones ergóticas tienen el carácter especial de ser continuas, en vez de presentar las intermitencias que distinguen á las que verifican el parto fisiológico, pudiéndose comprobar por la aplicacion de la mano al abdomen de la mujer el estado de tension permanente del útero. Por este motivo, dichas contracciones fatigan considerablemente á la madre, y la violencia de estos dolores les arranca gritos y excita vivamente su sistema nervioso. El rostro se anima, los ojos se ponen brillantes, y el pulso se acelera.

Las contracciones adquieren una violencia peligrosa, pudiendo ocasionar hasta la rotura de la matriz cuando se administra en cantidad considerable, y, sobre todo, cuando se da en los casos en que está contraindicado, como en las malas presentaciones del feto, en los vicios de conformacion de la pelvis y cuando existen obstáculos mecánicos que hacen imposible la terminacion del parto. El cansancio de la matriz y el agotamiento de fuerzas que experimenta la enferma tienen ademas una accion funesta sobre el puerperio. Tambien puede presentarse un estado de con-

traccion permanente del músculo uterino, que se opone con energía á las maniobras necesarias para terminar el parto.

La administracion imprudente del cornezuelo de centeno produce muchas veces resultados mortales para la criatura, lo que depende del modo de efectuarse las contracciones uterinas. Durante el parto fisiológico, las contracciones dificultan hasta cierto punto la circulacion del órgano, pero los intervalos de reposo que las separan, permiten el restablecimiento de la corriente sanguínea. No sucede del mismo modo con los esfuerzos incessantes que determina el cornezuelo, toda vez que la circulacion uterina se encuentra interrumpida más ó ménos completamente, y la continuidad de este fenómeno puede ocasionar la muerte del niño. Este accidente es temible, sobre todo despues de la rotura de la bolsa, cuando el feto se encuentra en relacion directa con las paredes uterinas, y está privado de la proteccion del líquido amniótico.

La auscultacion nos permite comprobar en este caso los desórdenes en la circulacion del feto.

Las contracciones demasiado enérgicas, desarrolladas por una dosis imprudente de cornezuelo de centeno, pueden calmarse con rapidez por medio de una lavativa de agua con 20 gotas de láudano de Sydenham.

Se ignora el mecanismo de la accion íntima del cornezuelo de centeno sobre la fibra uterina, y las hipótesis que se han emitido acerca de esta cuestion se encuentran tan completamente desprovistas de pruebas que no puede concedérseles la menor importancia.

**Indicaciones.** Una condicion esencial es la de no emplear el cornezuelo de centeno durante el parto más que cuando tratemos de obtener de él una accion transitoria y rápida. Su administracion imprudente ó repetida puede determinar los accidentes funestos que acabamos de indicar.

Para que su uso esté justificado se requiere: 1.º, que el cuello uterino se encuentre completamente dilatado ó muy dilatado; 2.º, que la presentacion sea buena; 3.º, que no exista ningun obstáculo mecánico para la expulsion del feto. La inercia esencial (por insuficiencia de la incitacion nerviosa) y la metrorragia son las dos circunstancias que indican la administracion del cornezuelo.

Cuando no se ha roto la bolsa ni el cuello está enteramente dilatado, se pueden dar *pequeñas* tomas del medicamento, con el objeto sólo de reanimar las contracciones extinguidas, pero en este caso no hay que pasar de 50 centígramos. Si la circulacion fetal presenta algun trastorno, nos abstendremos de esta sustancia, excepto cuando una metrorragia grave compromete la vida de la madre, y no es posible practicar la deplecion rápida del útero.

El cornezuelo de centeno es un agente enérgico, peligroso,

que sólo debe emplearse cuando su necesidad está muy marcada, despues de haber analizado con atencion las causas de la suspension del parto para ver cuál es el tratamiento que verdaderamente está indicado.

El forceps es mucho ménos peligroso que el cornezuelo de centeno, por lo que se preferirá el instrumento, si el caso de que se trata permite la eleccion.

Despues de la expulsion del feto se puede sin inconveniente administrar una dosis elevada de cornezuelo, si no existe inercia uterina. Es bueno hacerlo tambien en todos los casos cuando la mujer ha presentado flujos de sangre por esta causa en partos anteriores, precaucion que yo tomo siempre, porque no se debe temer en manera alguna que la retraccion del cuello uterino se oponga á la expulsion de las secundinas. Los esfuerzos ergóticos son contracciones de totalidad, y aunque así no fueran, vale mucho más exponernos á las probabilidades muy insignificantes de una retencion momentánea que á los peligros de una metrorragia.

Los entuertos agudísimos que se manifiestan en los primeros dias que siguen al alumbramiento se combaten con buen resultado mediante dosis pequeñas de cornezuelo de centeno. Los dolores se exacerban al principio y despues se calman pronto.

Ya he indicado el empleo del cornezuelo en las metrorragias que se presentan en el puerperio, y el uso que podía hacerse de él en ciertos casos de aborto.

Las contraindicaciones que se han sacado del pretendido estado pletórico de la enferma, de un estado inflamatorio ó espasmódico del útero, no tienen ningun valor formal, pues se fundan en ideas teóricas que no merecen los honores de la discusion. Tampoco el ser primípara la mujer contraindica el cornezuelo; sólo debe tenerse en cuenta esta circunstancia para vigilar con cuidado el período expulsivo, á fin de evitar la rotura posible de las partes blandas.

**Otros oxitócicos.** Hace algunos años se ha querido introducir en la práctica el cornezuelo de trigo; pero yo lo he visto experimentar en la Clínica, y los resultados no justifican de ningun modo los elogios que le han prodigado sus iniciadores, quienes lo consideran superior al cornezuelo de centeno.

Tambien se han propuesto otras sustancias ó agentes como oxitócicos (*aceleradores del parto*). Clutterbuck ha ponderado el cólchico; Simpson, el borato de sosa; Howship, la digital; Bauvais, la uva ursi; Soma, la belladona. Ninguno de estos medios ha dado resultados bastante notables para que se pueda confiar en su eficacia. La electricidad es ménos infiel, pero se necesita para aplicarla un aparato que rara vez se tendrá á mano en el momento de necesitarlo.

# ÍNDICE ORDINAL DEL TOMO SEGUNDO

	Págs.		Págs.
<b>LIBRO V. — DISTOCIA.</b>		Degeneracion laminosa de la placenta .....	63
<b>Parto prematuro</b> .....	5	Degeneracion calcárea de la placenta .....	65
<b>Parto tardío</b> .....	8	Edema de la placenta .....	65
<b>Aborto</b> .....	8	Degeneracion vesiculosa de la placenta (mola).....	66
<b>Causas</b> .....	9	Hipertrofia y atrofia de la placenta .....	68
<b>Sintomas</b> .....	15	Patología del cordon umbilical .....	69
<b>Diagnóstico</b> .....	19	Patología de las membranas..	70
<b>Mecanismo de la expulsion</b> ..	22	<b>Distocia materna</b> .....	73
<b>Pronóstico</b> .....	25	Obstáculos al parto dependientes de la pelvis, vicios de la conformacion.....	73
<b>Tratamiento</b> .....	26	Pelvis deformes, modificaciones en la relacion de sus diámetros .....	75
<b>Resumen</b> .....	33	Pelvis oblicuo-oval.....	82
<b>Patología del feto</b> .....	36	Pelvis viciadas con regularidad : anomalías en su capacidad .....	87
<b>Heridas y fracturas</b> .....	37	Pelvis alteradas por un traumatismo ó por el desarrollo de degeneraciones ó de tumores óseos.....	90
<b>Lesiones articulares, escoliosis</b> .....	39	Diagnóstico de los vicios de conformacion de la pelvis..	92
<b>Raquitismo</b> .....	40	Indicaciones y procedimientos de intervencion que resultan de los vicios de conformacion de la pelvis.....	94
<b>Amputaciones espontáneas</b> ..	42	<b>Resumen</b> .....	102
<b>Viruela</b> .....	44	<b>Obstáculos al parto dependientes del útero</b> ...	104
<b>Sarampion y escarlatina</b> ....	45	Anomalías de la contractilidad. Inercia uterina....	104
<b>Ictiosis</b> .....	45	Exceso de energía en las contracciones: parto rápido ...	111
<b>Sífilis</b> .....	46	Contracciones irregulares....	113
<b>Enfermedades de los órganos contenidos en la cavidad torácica</b> .....	50	Contracciones parciales espasmódicas .....	114
<b>Enfermedades de los órganos contenidos en el abdomen</b> ..	50		
<b>Tumores de la médula espinal, convulsiones, fiebres intermitentes, zona, kirronosis</b> ..	54		
<b>Intoxicacion saturnina, escrófulas, bocio</b> .....	55		
<b>Tumores de la boca, tumores diversos, abscesos subcutáneos</b> .....	56		
<b>Monstruosidades y vicios de conformacion</b> .....	57		
<b>Patología de los anejos del feto</b> .....	57		
<b>Placentitis</b> .....	57		
<b>Adherencia anormal de la placenta</b> .....	60		
<b>Hemorragia placentaria</b> .....	61		



	Págs.		Págs.
Obstáculos que dependen del cuello uterino. Resistencia del orificio uterino. Rigidez del cuello.....	117	miento.....	196
Desviacion del cuello uterino.	120	Hemorragias del puerperio...	204
Obliteracion del cuello ute- rino.....	121	<b>Resumen.....</b>	205
Abultamiento y compresion del labio anterior del cuello.	123	<b>Distocia causada por la invasion de una enfer- medad.....</b>	209
Hipertrofia, cancer del cuello de la matriz.....	123	<b>Distocia fetal.....</b>	209
Dislocaciones del útero.....	124	Distocia causada por desarro- llo fisiológico exagerado del feto.....	210
<b>Resumen.....</b>	133	Distocia por desarrollo patoló- gico. Derrames líquidos....	214
<b>Obstáculos al parto que dependen de la vagina, vulva y periné. — Estre- checes y obliteracion.....</b>	138	Desarrollo anormal por for- macion de gases.....	218
Desviacion, inversion de la vagina.....	139	Hipertrofia de órganos.....	220
Resistencia de la vulva.....	139	Distocia causada por las pre- sentaciones ó posiciones vi- ciosas del feto. Presenta- cion de vértice.....	221
Resistencia del periné.....	140	Presentacion de cara.....	225
<b>Resumen.....</b>	141	Presentaciones pelvianas....	226
<b>Obstáculos al parto que dependen del aparato genital ó desarrollados en las regiones próxi- mas.....</b>	142	Presentacion de tronco.....	228
Tumores fibrosos del útero...	143	Distocia causada por la proci- dencia ó direccion viciosa de los miembros del feto.....	228
Tumores del cuello.....	146	Distocia por inclusion parasi- taria.....	231
Trombus de la vulva y de la vagina.....	147	Distocia ocasionada por la presencia de fetos múltiples aislados ó adheridos.....	232
Tumores diversos de la va- gina.....	150	Distocia por error de lugar en el desarrollo del feto. Pre- ñez extrauterina.....	237
<b>Resumen.....</b>	153	Distocia por reunion ó fusion de una parte del feto con la matriz ó los elementos del huevo.....	249
<b>Roturas. — Rotura del útero.</b>	154	Distocia por deformidades del feto.....	251
Roturas de la vagina.....	163	Distocia por lesiones determi- nadas por el feto.....	252
Roturas de la vulva y del pe- riné.....	165	Distocia por tumores adhi- ridos al feto.....	253
Roturas diversas.....	169	<b>Distocia cuya causa co- rresponde á los anejos del feto. — Alumbramiento complicado ú artificial.....</b>	251
<b>Resumen.....</b>	171		
<b>Hemorragias.....</b>	174		
Hemorragias de los primeros meses del embarazo.....	175		
Hemorragias que se verifican despues del quinto mes del embarazo y durante el parto	179		
Hemorragias del alumbra-			

	Págs.
Causas de distocia correspondientes á la placenta. Adherencia anormal .....	254
Placenta demasiado voluminosa.....	257
Distocia dependiente del cordón y de las membranas. Debilidad y rotura del cordón.	257
Brevidad del cordón .....	258
Nudos del cordón umbilical..	262
Procidencia del cordón umbilical .....	263
Hemorragias pertenecientes al feto y sus anejos.....	268
Lesiones que pueden experimentar el feto durante el parto. Cefalematomas.....	269
Fracturas y lesiones de los huesos.....	274
Hemiplegia facial.....	276
Resumen.....	277

**LIBRO VI. — OPERACIONES.**

VERSION POR MANIOBRAS EXTERIORES .....	286
VERSION POR MANIOBRAS INTERIORES.....	290
Version cefálica.....	290
Version pelviana.....	291
Reglas para la elección de la mano.....	293
Maniobras para la version ...	294
Apreciación de la version...	305
Indicaciones y contra-indicaciones.....	308
Resumen.....	309
Forceps.....	313
Circunstancias preliminares para su aplicación.....	316
Reglas generales para la aplicación del forceps. ....	319
Reglas particulares en cada posición .....	328
PARALELO ENTRE EL FORCEPS Y LA VERSION en las estrecheces de la pelvis.....	335

Resumen.....	340
Empleo de la fuerza de obstetricia .....	343
Del ayuda-forceps.....	341
Grado de reductibilidad de la cabeza fetal.....	347
Paralelo entre las fuerzas manual y mecánica.....	352
Fenómenos del encaje por tracciones continuas.....	355
Consecuencias de las presiones enérgicas para la madre y la criatura.....	356
Circunstancias que indican el empleo de las tracciones mecánicas .....	359
Resistencia de los tejidos maternos á la compresión.....	359
Resumen.....	363
De la palanca.....	364
Embriotomía.....	365
Perforación del cráneo.....	368
Cefalotripsia .....	369
Cefalotomía.....	378
Sección del cuello y del tronco.	383
Resumen.....	385
Operación cesárea.....	387
Operación cesárea <i>post-mortem</i>	394
Resumen.....	395
Sinfisiotomía.....	396
Parto prematuro artificial	398
Indicaciones de esta operación	400
<i>Procedimientos operatorios</i> ...	404
Esponja preparada.....	405
Duchas uterinas.....	407
Dilatadores de Barnes.....	408
Dilatador de Tarnier .....	409
Del régimen debilitante propuesto para disminuir el volumen del feto.....	412
ABORTO PROVOCADO.....	413
Resumen.....	415
Resultado comparativo de las operaciones.....	417

**LIBRO VII. — PATOLOGÍA.**

Patología de la preñez...	421
---------------------------	-----

	Págs.		Págs.
Vómitos.....	421	Linfangitis.....	484
Diarrea.....	427	Flemones de los ligamentos anchos, ovaritis, inflamacion de la trompa.....	485
Astricion de vientre, gastralgia, pica, malacia.....	427	Flemon de la fosa iliaca.....	490
Síncope, ptialismo.....	428	Gangrenas del cuello uterino, de la vagina y de la vulva..	491
Anorexia, tos.....	429	Fiebre efémera.....	493
Neuralgias, corea.....	430	Phlegmasia alba dolens.....	495
Albuminuria.....	432	De la muerte repentina durante el estado puerperal.....	501
Uremia.....	437	Inflamacion de las sínfisis pelvianas.....	507
Eclampsia.....	438	Relajacion de las sínfisis pelvianas.....	509
Parálisis urémicas.....	450	Locura puerperal.....	510
Parálisis puerperales independientes de la uremia.....	453	Fisuras del ano.....	515
Caquexia serosa.....	454	Enfermedades de la mama...	517
Hidrorrea.....	459	Galactorrea.....	517
Prurito.....	459	Grietas del pezon.....	517
Trastornos de la excrecion urinaria.....	460	Retencion láctea.....	519
Várices y hemorroides.....	461	Flemones y abscesos de la mama.....	520
Leucorrea.....	462	De la influencia del embarazo en el curso de las enfermedades.....	523
Reumatismo uterino.....	463	Cornezuelo de centeno.....	525
Vegetaciones.....	463		
Úlceras del cuello uterino....	464		
Ictericia.....	465		
PATOLOGÍA DEL PUERPERIO.—			
Fiebre puerperal.....	466		
Metro-peritonitis.....	474		
Flebitis.....	481		

# ÍNDICE ALFABÉTICO GENERAL.

## A

- Aborto*, II, 8. — Causas pertenecientes á la madre, 9. — Causas dependientes del padre, 14. — Causas dependientes del feto, 15. — Síntomas del aborto, 15. — Diagnóstico, 19. — Mecanismo de la expulsion, 22. — Pronóstico, 25. — Tratamiento, 26.
- Aborto provocado*, II, 413.
- Absceso de la mama*, II, 520.
- Actitud del feto en el útero*, I, 304.
- Agalaccia*, I 768.
- Agarico blanco*, I, 719.
- Alantoides*, I, 237. — Orígen y desarrollo, 231. — Vasos, 232. — Magma reticulado, 233. — Anatomía comparada, 234.
- Albuminuria*, II, 432.
- Alumbramiento*, I, 640. — Intervencion, 643. — Alumbramiento artificial, II, 115. — Alumbramiento del aborto, II, 22.
- Amnios*, I, 196. — Líquido amniótico, 200. — Anatomía comparada, 202. — Inflamacion, II, 71.
- Anestésicos*, I, 702.
- Anorexia*, II, 429.
- Aparatos eréctiles del útero y del ovario*, I, 118.
- Aparato urinario*, (Patología). — Distension de la vejiga, II, 460. — Rotura, 169. Parálisis, 461.
- Asistencia á la mujer*, I, 672. — Durante el embarazo, 672. — Durante el parto, 676. — Cama y vestido de la parturiente, 680. — Objetos accesorios, 683. — Régimen durante el parto, 684. — Asistencia durante el puerperio, 712.
- Asistencia á la criatura*, I, 725. — Durante el parto, 725. — Inmediatamente despues del nacimiento, 732. — Cuidados al recién nacido sano, 732. — Cuidados que exige la criatura en estado de muerte inminente, 736. — Lesiones del aparato circulatorio, 736. — Lesiones de la respiración, 739. — Lesiones de la inervacion, 740. — Tratamiento del estado de muerte inminente, 741. — Estado de debilidad congénita del recién nacido, 750. — Asistencia á la criatura desde el nacimiento hasta al destete, 756. — Coloracion de la piel, 766. — Estado del pulso, 756. — Exfoliacion de la epidermis, 757. — Desprendimiento del cordón umbilical, 757.
- Astriccion intestinal* de las mujeres embarazadas, II, 427.
- Auscultacion estértrica*, I, 459. — Ruidos del corazón, 461. — Ruido de fuelle fetal, 467. — Ruidos producidos por los movimientos del feto, 468. — Ruido de fuelle, uterino, 469. — Ruido del desprendimiento placentario, 475.
- Ayuda-forceps*, II, 344.

## B

- Blasodermo* (Formacion), I, 193. — Desarrollo de las primeras vellosidades, 194. — Mancha embrionaria, 195.
- Bolsa de las aguas*, I, Formacion y rotura espontánea, 536.

## C

- Cabeza del feto* de todo tiempo, I, 292. — *Suturas y fontanelas*, 293. — *Diámetros* 294. — *Reductibilidad de la cabeza*, 297, y II, 347.
- Caduca*, I, 211. — *Mucosa útero-placentaria*, 217. — *Caduca refleja*, 220. — *Mucosa del cuello uterino*, 221. — *Anatomía comparada*, 222.
- Caja del comadron*, I, 679.
- Calambres*, I, 546.
- Calentura láctea*, I, 666.
- Cápsulas ováricas*, I, 96.
- Caquexia serosa*, II, 454.
- Cefalematomas*, II, 270.
- Cefalotomía*, II, 378.
- Cefalotripsia*, II, 339.
- Circulación del nuevo sér*, I, 305. — *Primera*, 305. — *Segunda* 309. — *Formaciones arteriales*, 307. — *Formaciones venosas*, 309. — *Dirección de las corrientes sanguíneas*, 312. — *Tercera circulación*, 314.
- Cloroformo* (Empleo del) en el parto, I, 702.
- Contracción uterina*, I, 391, 522.
- Contractilidad* (Fisiología), I, 391.
- Contractilidad* (Patología), II. — *Inercia uterina*, 104. — *Exceso de energía en las contracciones*, 111. — *Contracciones irregulares*, 113. — *Contracciones parciales espasmódicas*, 114.
- Cópula*, I, 153.
- Cordon umbilical*, I, 259. — *Vasos del cordon*, 260. — *Sus elementos* 260. — *Insersiones del cordon*, 261. — *Desarrollo*, 262. — *Anatomía comparada*, 263. — *Brevedad del cordon*, II, 258. — *Patología del cordon umbilical*, 69. — *Procidencia del cordon*, 263.
- Corea*, II, 431.
- Córlon*, I, 203. — *Desaparece al nivel de la placenta*, 207. — *Anatomía comparada*, 210.
- Cornexuelo de centeno*, II, 525.
- Cuello del útero* (Distocia). — *Resistencia del orificio uterino*, II, 117. — *Desviación del cuello*, 120. — *Obliteración*, 121. — *Tumefacción del labio anterior*, 123. — *Hipertrofia del cuello*, 123. — *Cáncer del cuello*, 124.
- Cuello del útero* (Fisiología). — *Modificaciones que le imprime la gestación*, I, 339. — *Acortamiento y dilatación*, 330.
- Cuerpo amarillo*, I, 99. — *Del huevo no fecundado y del fecundado*, 102.

## D

- Declaraciones de nacimiento* (Disposiciones legales relativas á las), I, 754.
- Destete*, I, 787.
- Detroncación del feto*, II, 383.
- Diagnóstico del embarazo*, I, 426. — *Procedimientos exploratorios*, 448. — *Interrogatorio*, 449. — *Examen*, 450. — *Palpación abdominal*, 451. — *Tacto vaginal*, 453. — *Percusión*, 459. — *Auscultación*, 459.
- Diarrea de las mujeres embarazadas*, II, 427.
- Dilatadores uterinos*, II, 408.
- Distocia fetal*, II. — *Desarrollo exagerado del feto*, 210. — *Derrames*, 214. — *Desarrollo anormal por producción de gases*, 218. — *Hipertrofia de órganos*, 220. — *Presentaciones ó posiciones viciosas*, 221. — *Procidencia ó dirección viciosa de los miembros*, 228. — *Inclusión parasitaria*, 231. — *Fetos múltiples aislados ó adheridos*, 232. — *Preñez extra-uterina*, 237. — *Reunión ó fusión de una parte del feto con el útero ó los anejos*, 249. — *Deformidades del feto*, 251. — *Roturas y lesiones producidas por el feto*, 252. — *Tumores desarrollados sobre el feto*, 253.



*Distocia materna*, II. — Vicios de conformacion de la pelvis, 73. — Inercia uterina, 104. — Exceso de energía en las contracciones, 111. — Contracciones irregulares, 113. — Contracciones parciales espasmódicas, 114. — Resistencia del orificio uterino, 117. — Desviacion del cuello uterino, 120. — Obliteracion del cuello, 121. — Tumefaccion del labio anterior, 123. — Hipertrofia del cuello, 123. — Cancer del cuello, 124. — Desviaciones del útero, 124. — Prolapso uterino, 129. — Inversion del útero, 129. — Hernia del útero, 132. — Resistencia de la vagina, 133. — Resistencia de la vulva, 139. — Resistencia del periné, 140. — Obstáculos al parto que dependen de tumores del aparato genital ó desarrollados en las regiones próximas, 142. — Tumores fibrosos del útero, 143. — Tumores del cuello, 146. — Trombus de la vulva y de la vagina, 147. — Tumores diversos de la vagina, 150. — Edema de la vulva, 150. — Tumores herniarios, 150. — Tumores del tejido celular de la pelvis, 151. — Tumores formados por el ovario, 151. — Tumores del intestino recto, 152. — Tumores de la vejiga urinaria, 153.

*Diminucion normal del peso del recién nacido*, I, 759.

*Dolores de parto*, I, 526.

*Duchas uterinas*, II, 407.

## E

*Eclampsia*, II, 438.

*Edades intrauterinas del nuevo sér*, I, 288.

*Embriotomia*, II, 363.

*Empleo de la fuerza en obstetricia*, II, 343.

*Enfermedades de la mama*, II, 517.

*Esperma*, I, 155. — Análisis, 156. — Su accion sobre el huevo, 166. — Espermatozoarios, 156. — Su naturaleza, 159. — Orígen, 160. — Epoca de su aparicion, 161. — Su modo de progresion, 157.

*Espanja preparada*, II, 405.

*Estadísticas*, I. — Pelvis en las razas humanas, 41. — Menstruacion, 126, 130, 131, 133 y 134. — Proporcion de los sexos en los nacimientos, 300. — Influxo de los padres en la proporcion de los sexos, 302. — Proporcion de mortalidad, segun los sexos, en el primer año, 303. — Modificaciones del cuello uterino, 365. — Duracion del embarazo, 491. — Duracion del parto, 530, 551 y 552. — Relacion proporcional entre los partos naturales y distócicos, 553. — Influencia del dia y de la noche en los nacimientos, 556. — Frecuencia relativa de las presentaciones, 564. — Frecuencia relativa de las posiciones, 569. — Efecto de la profesion de la madre en las presentaciones, 573. — Comparacion de las leches, 762. — Prefiez múltiple, 801. Tomo II. — Influencia de la duracion del parto sobre la salud de la madre y de la criatura, 96 y 97. — Dislocacion del útero, retroversion, 125. — Adherencia normal de la placenta, 256. — Procidencia del cordon, 265. — Version, 307. — Forceps, 339. — Empleo de la fuerza en obstetricia, 308. — Gancho agudo, 373. — Forceps-sierra, 380. — Operacion cesárea, 387, 388 y 389. — Parto prematuro artificial, 399. — Resultado comparativo entre las operaciones, 418.

*Esterilidad*, I, 176. — En el hombre, 176. — En la mujer, 179.

*Evolucion espontánea*, I, 622.

*Exfoliacion patológica de la caduca*, II, 70.

## F

*Faja de la parida*, I, 701.

*Fecundacion*, I, 154. — Sitio en que se verifica, 169. — Reunion de los dos gérmenes, 165. — Epoca de la fecundacion, 174.

*Feto* (desarrollo del), I. — Sistema nervioso, 275. — Sistemas óseo, muscular y tegumentario, 277. — Cara y cuello, 278. — Esófago, 279. — Pulmones, 279. |

- Genitales externos, 280. — Cuerpos de Wolff, 282. — Aparato genital interno, 282. — Riñones, 283. — Cápsulas suprarenales, 284. — Vejiga, 284. — Intestinos y anejos, 285. — Mesenterio, 287. — Hígado, 287. — Páncreas. Bazo, 277. — Desarrollo de los miembros, 287.
- Fiebre efémera*, II, 493.
- Fiebre puerperal*, II, 466.
- Fisómetra*, I, 484.
- Fisura de ano*, II, 515.
- Flebitis uterina*, II, 481.
- Flemones de los ligamentos anchos*, II, 485. — *De la fosa iliaca*, 490. — *De la mama*, 520.
- Forceps*, II. — Reglas generales relativas á su aplicacion, 319. — Reglas particulares, 328. — Del forceps y de la version en las estrecheces pelvianas, 335.
- Forceps-sierra de Van-Huevel*, II, 379.
- Fuerza en obstetricia* ( Empleo de la ), II, 343. — Grado de reductibilidad de la cabeza del feto, I, 297, y II, 347. — Consecuencias de las presiones enérgicas para la madre y el feto, II, 356.
- Fuerzas que determinan el parto*, I, 516.
- Funciones del feto*, I. — Circulacion, 305. — Nutricion, 316. — Digestion, 324. — Funcion glucogénica, 325. — Secreciones: biliar, 327. — Intestinal y pancreática, 328. — Urinaria, 328. — Sebácea, 333. — Láctea en los recién nacidos, 334. — Respiracion, 335. — Produccion de calor, 339. — Funciones del sistema nervioso, 340.

## G

- Galactorrea*, I, 768, y II, 517.
- Ganchos*, II, 376.
- Gangrenas* del cuello uterino, de la vagina y de la vulva, II, 491.
- Gastralgia* de las mujeres embarazadas, II, 428.
- Gemelos*, I, 800.
- Generacion*, I, 152.
- Gestacion*, I. — Preñez uterina simple, 350. — Modificaciones que la preñez comunica á los diferentes aparatos, 351. — Modificacion de los órganos secretorios: secrecion láctea, 404. — Pigmentaria, 405. — Urinaria ( kiesteina ), 408. — Glucosuria, 412. — Diminucion del fosfato de cal, 413. — Modificaciones del aparato circulatorio. — Hipertrofia del corazon, 414. — Composicion de la sangre, 416. — Modificaciones de la innervacion, 423. — Del aparato respiratorio, 424. — Del sistema óseo, 424. — De la pared abdominal, 426. — Diagnóstico del embarazo, 426. — Signos probables, 429. — Supresion de las reglas, 429. — Aumento de volumen del útero, 430. — Reblandecimiento del cuello, 431. — Modificaciones de las mamas, 431. — Secrecion láctea, 432. — Kiesteina, 432. — Línea parda, 432. — Vómitos, 433. — Depresion umbilical, 434. — Cicatrices dérmicas, 435. — Várices y hemorroides, 435. — Signos ciertos, 437. — Movimientos pasivos, peloteo, 437. — Movimientos activos, 440. — Latidos del corazon del feto, 444. — Circunstancias que ocultan el embarazo y dificultan su diagnóstico, 476. — Estados que simulan el embarazo, 480. — Signos del embarazo por el orden de su presentacion, 487. — Duracion del embarazo, 489. — Embarazo prolongado, 493.
- Gestacion extrauterina*, II, 337.
- Gestacion y parto múltiple*, I, 808.
- Glóbulo polar*, I, 189.
- Grietas del pezón*, II, 517.

## H

- Hechos generales que resultan del estudio del parto*, I, 626.
- Hemorragias*. — En los primeros meses de la gestacion, II, 175. — Despues del

- quinto mes del embarazo y durante el parto, 179.—Hemorragias del alumbramiento, 196.—Hemorragias del puerperio, I, 717, y II, 204.—Hemorragias pertenecientes al feto, 268.—Hemorragias umbilicales, I, 738.—Hemorragia placentaria, II, 61.
- Hemorroides*, I, 423 y 435.—II, 461.
- Hidrómetra*, I, 483.
- Hidropesía del amnios*, II, 71.
- Hidrorrea*, II, 456.
- Higiene* de la mujer de parto, I, 684.—De la criatura, desde el nacimiento hasta el destete, 736.—De la primera edad, 789.
- Huevo*.—Su marcha, 186.—Modificaciones que le comunican la fecundación, 186.—Modificaciones que sufre el huevo durante su marcha, 189.—Segmentación del vitelus, 189.—Su desarrollo en el útero, 193.

## I

- Ictericia*, II, 465.
- Infarto de la mama* (véase *Retención láctea*).
- Inflamación de las sínfisis públicas*, II, 507.
- Influencia del embarazo en el curso de las enfermedades*, II, 523.
- Influencia* del día y de la noche en los nacimientos, I, 556.—Influencia del sexo en la mortalidad de las criaturas, 303.—Influencia del parto en la mortalidad de las madres, 553.

## K

- Kyesteina*, I, 408 y 432.

## L

- Lactancia*, I, 760.—Alteración de las cualidades de la leche, 764.—Agalactia, 768.—Galactorrea, 768.—Procedimientos para examinar la leche, 769.
- Lactancia* por la mujer, 771.—Condiciones relativas á las mamas, 771.—Condiciones generales relativas á la mujer, 772.—Influencia de la menstruación en la lactancia, 774.—Influencia de las enfermedades de la mama en la lactancia, 774.—Influencia de un nuevo embarazo en la lactancia, 774.—Reglas para la lactancia, 775.—Lactancia por los animales, 783.—Lactancia artificial, 785.—Lactancia mixta, 787.
- Lavativas laudanzadas*, II, 112 y 114.
- Leche*, I, Análisis, 761.—Comparación de las leches, 762.
- Lesiones* que puede sufrir el feto durante el parto, II, 269.
- Leucorrea*, II, 462.
- Limos*, I, 540.
- Linfangitis uterina*, II, 484.
- Líquido amniótico*, I, 200.—Su análisis, 200.
- Locura puerperal*, II, 510.
- Lóquios*, I, 662.

## M

- Magma reticulado*, I, 333.
- Mamas*, I, 103.—Estructura de la glándula mamaria, 105.—Modificaciones que le comunica la preñez, 404 y 431.
- Marcha germinativa*, I, 165.
- Marcha del huevo*, I, 165.
- Membrana luminosa*, I, 249.—Preparación, 249.—Estructura, 250.

*Membrana vitelina*, I, 164.

*Menopausia*, I, 144. — Modificaciones anatómicas que determina, 144. — Causa de la cesación de las reglas, 144. — Pródromos y fenómenos de la menopausia, 146. — Influxo de la menopausia en las enfermedades, 147. — Época de la menopausia, 148. — Higiene de la menopausia, 149.

*Menstruacion*, I, 145. — Ovulacion espontánea, 116. — Fenómenos que se verifican en los órganos eréctiles, 118. — Hemorragia uterina, 120. — Época de la primera aparición de las reglas, 123. — En los diversos climas, 124. — Fenómenos de la primera menstruacion, 131. — Periodicidad de las reglas, 132. — Duracion del flujo menstrual, 134. — Cantidad y naturaleza de la sangre perdida durante las reglas, 135. — Curso de las reglas, 138. — Origen de la sangre menstrual, 138. — Desviacion de las reglas, 139. — Influencia del coito en la menstruacion, 140. — Influencia del embarazo y del parto en la menstruacion, 140. — Influencia de la lactancia en la menstruacion, 142. — Influencia de las enfermedades en la menstruacion, 143. — Influencia de las reglas en la respiracion, 143.

*Metro-peritonitis*, II, 474.

*Modificaciones que el embarazo comunica á los diferentes aparatos*, I, 351. (Véase *Gestacion*).

*Mola*, II, 66.

*Muerte repentina de las mujeres durante el período puerperal*, II, 501.

## N

*Neuralgias*, II, 430.

*Nubilidad*, I, 114.

## O

*Operacion cesárea*, II, 387.

*Organos de Rusenmuller*, I, 282.

*Organos generadores de la mujer*, I, 71.

*Osteófitos craneales*, I, 424.

*Ovarios*, I, 92. — Estructura, 93. — Vesículas de Graaf, 93. — Aparato eréctil, 118. — Modificaciones que les imprime la gestacion, 402.

*Ovariolo*, I, 99.

*Ovaritis*, II, 485.

*Ocologia*, I, 153.

*Oculo*, I, 163.

## P

*Palanca*, II, 364.

*Parálisis urémicas*, II, 450.

*Parálisis extraña á la uremia*, II, 453.

*Parálisis facial del recién nacido*, II, 276.

*Parto*, I, 511. — Definicion, 511. — Causas, 512. — Fenómenos del parto natural, 516. — Curso, 546. — Duracion, 550. — Parto prematuro, II, 5. — Parto retardado, II, 8. — Parto de gemelos, I, 807.

*Parto prematuro artificial*, II, 398. — Historia, 398. — Indicaciones, 400. — Métodos procedimientos operatorios, 404.

*Patologia del feto*, II, 37. — Heridas y fracturas, 37. — Lesiones articulares. — Escoliosis, 39. — Raquitismo intra-uterino, 40. — Amputaciones espontáneas, 42. — Viruela, 44. — Sarampion y escarlatina, 45. — Ictiosis, 45. — Sífilis, 46. — Pénfigo, 46. — Abscesos pulmonares, 48. — Abscesos del timo, 48. — Alteraciones del hígado, 49. — Peritonitis sífilítica, 49. — Enfermedades de los órganos contenidas en la cavidad torácica, 50. — Enfermedades de

los órganos contenidos en la cavidad abdominal, 50. — Pared abdominal, 52. — Imperforacion del esófago, 53. — Imperforacion del ano, del intestino y de la uretra, 53. — Hidrocéfalo, 53. — Hidrorraquis, 54. — Hipertrofia del cerebro, 54. — El condroma cefálico, 54. — Hemorragias cerebrales, 54. — Tumores de la médula espinal, 54. — Convulsiones, 55. — Fiebre intermitente, 55. — Zona, 55. — Kirronosis, 55. — Intoxicacion saturnina, 55. — Escrófulas, 56. — Bocio, 56. — Tumores de la boca, 56. — Tumores diversos, 57. — Abscesos subcutáneos, 57. — Monstruosidades y vicios de conformacion, 57.

*Patología del cordon umbilical*, II, 69.

*Patología de las membranas*, II, 70. — Caduca, 70. — Córion, 71. — Amnios, 71. — Hidropesía del amnios, 71. — Alteraciones del líquido amniótico, 73.

*Patología de la placenta*, II, 57. — Placentitis, 57. — Adherencia anormal, 60. — Hemorragia placentaria, 61. — Degeneracion laminosa, 63. — Degeneracion calcárea, 65. — Edema, 65. — Degeneracion vesiculosa, 66. — Hipertrofia, 68. — Atrofia, 68.

*Patología de la preñez*, II, 421.

*Patología del puerperio*, II, 466.

*Pelvis*, I. — Huesos, 1. — Articulaciones, 7. — Pelvis en general, 13. — Pelvis mayor, 14. — Pelvis menor, 15. — Historia del estudio de la pequeña pelvis, 16. — Estrecho superior, 17. — Diámetros, 18. — Estrecho inferior, 19. — Su division en dos pisos, 19. — Escotaduras y eminencias, 20. — Diámetros, 21. — Direccion de la pequeña pelvis, 22. — Planos de la pelvis, 23. — Ejes de la pelvis, 25. — Disposicion de las paredes, 29. — Variedades de forma, 31. — Relacion de las dimensiones de la pelvis con las demas partes del esqueleto, 33. — Examen de la pelvis relativamente á los sexos, 34. — En las diferentes razas humanas, 34. — Pelvis de los demas mamíferos, 42. — Observaciones acerca de las articulaciones pelvianas, 45. — Partes blandas que resisten la pelvis, 48. — Modificaciones que las partes blandas comunican á la pelvis, 66. — Obstáculos al parto dependientes de vicios en su conformacion, II, 73. — Pelvis deformes, 75. — Pelvis viciadas con regularidad, 87. — Pelvis alteradas por un traumatismo, por degeneraciones ó por tumores óseos, 90. — Diagnóstico de los vicios de conformacion de la pelvis, 93. — Pelvimetria, I, 48. — Indicaciones que resultan de los vicios de conformacion de la pelvis, II, 94.

*Pelvis artificial de M. Joulin*, II, 347.

*Perforacion del cráneo*, II, 368.

*Periné*. — Anatomía, I, 61. — Accion de sus músculos, 63. — Distension, 542. — Resistencia, II, 140. — Rotura, 167.

*Peritonitis*, II, 474.

*Phlegmasta alba dolens*, II, 495.

*Pica y malacia*, II, 428.

*Placenta* (Fisiología), I. — Historia, 235. — Opiniones acerca de la existencia de vasos útero placentarios, 235. — Estructura de la placenta, 242. — Vasos placentarios, 243. — Vasos de la mucosa útero-placentaria, 247. — Membrana laminosa, 249. — Vellosidades placentarias, 253. — Obstáculos al contacto inmediato de las dos circulaciones (materna y fetal), 255. — Descripcion de la placenta, 256. — Relaciones, 257. — Usos, 258. — Placenta en las gestaciones múltiples, 29.

*Placenta previa*, II, 159.

*Posiciones*, I. — Generalidades, 564. — Occipito anteriores, 577. — Occipito posteriores, 585. — Fronto-antteriores, 593. — Fronto-posteriores, 597. — Sacro-antteriores, 605. — Sacro posteriores, 609.

*Presentaciones*, I. — Generalidades, 557. — Historia, 557. — Presentacion irregular del vértice, 559. — Presentacion irregular de la cara, 561. — Presentacion irregular de la region pelviana, 562. — Variedades de la presentacion de tronco, 563. — Frecuencia relativa de las presentaciones, 564. — Cuadros de las presentaciones del feto 567 y 568.

*Prurito*, II, 459.

*Ptialismo*, II, 429.



*Pubertad*, I, 112.

*Puerperio*, I, Fenómenos del puerperio, 649. — Primer grupo: Conmoción nerviosa, 650. — Escalofríos, 651. — Primer sueño, 651. — Excreción urinaria, 652. — Astricción de vientre, 652. — Apetito, 652. — Respiración, 652. — Temperatura, 652. — Estado del pulso, 653. — Segundo grupo: Modificaciones en el volumen de la matriz, 654. — Reacción del cuello uterino, 655. — Entuertos, 655. — Coccigodinia, 657. — Modificaciones de los elementos musculares del útero, 658. — Superficie interior del útero después del parto, 669. — Loquios, 662. — Vuelta al estado normal de las demás partes modificadas por la gestación y el parto, 663. — Señales que deja el parto en la mujer, 666. — Calentura láctea, 666. — Asistencia á la mujer durante el puerperio, 712.

## R

*Régimen debilitante* para disminuir el volumen de la criatura, II, 412.

*Reglas*, I, 115. — Su desviación, 139.

*Relajación de las sínfisis pelvianas*, I, 45. — II, 509.

*Resquebrajaduras*, I, 426. — 435.

*Resúmenes*, I. — Pelvis, 68. — Aparato generador, 109. — Pubertad menstrual, menopausia, 149. — Cópula, fecundación, esterilidad, 184. — Marcha del huevo y modificaciones que le comunica la fecundación, 192. — Blastodermo, amnios, córion, caduca, vesícula umbilical, alantoides, placenta, cordón umbilical, 265. — Desarrollo y funciones del feto, 341. — Embarazo, 498. — Parto, 627. — Alumbramiento, 648. — Puerperio, 669. — Asistencia facultativa á la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, 720. — Asistencia al niño durante é inmediatamente después del parto, 793. — Gestación y parto múltiples, 808. — Tomo II. — Aborto, 33. — Vicios de conformación de la pelvis, 102. — Obstáculos al parto dependientes del útero, 133. — Obstáculos al parto que dependen de la vagina, la vulva y el periné, 141. — Obstáculos al parto por tumores del aparato genital ó desarrollados en su proximidad, 153. — Roturas, 171. — Hemorragias, 205. — Distocia fetal, 277. — Version, 309. — Forceps, 340. — Empleo de la fuerza en obstetricia, 363. — Embriotomía, 385. — Operación cesárea, 395. — Parto prematuro artificial y aborto provocado, 415.

*Retención láctea*, II, 519.

*Retortijones uterinos*, I, 656.

*Reumatismo uterino*, II, 463.

*Roturas*, II. — Del útero, 154. — De la vagina, 163. — De la vulva y del periné, 165. — De la vejiga, 169. — De la pelvis, 170. — Del esternon, 170. — De tumores, de músculos, del corazón, de vasos, 171.

## S

*Sección del cuello y del tronco*, II, 383.

*Senos uterinos*, I, 217.

*Señales que deja el parto en la mujer*, I, 666.

*Signos del embarazo*, I, 429, 437, 487.

*Signos de la muerte del feto*, I, 725.

*Síncope*, II, 428.

*Sínfisiotomía*, II, 396.

*Sínfisis de la pelvis*. — Inflamación, II, 507. — Relajación, 509.

*Superfetación*, I, 808.

## T

*Textura del útero grávido*, I, 965.

*Thrombus de la vulva y de la vagina*, II, 147.

Tos, II, 430.

*Trompas uterinas.*—Anatomía, I, 90.—Modificaciones por efecto de la preñez, 402.—Inflamación, II, 485.

Tumores que dificultan el parto (véase *Distocia*).

## U

*Úlceras del cuello uterino*, II, 464.

*Uremia*, II, 487.

*Útero*, I, 77.—Estructura, 82.—Ligamentos, 85.—Vasos, 88.—Aparato eréctil, 118.—Anomalías del útero, 89.—Anatomía comparada, 89.—Modificaciones que le comunica el embarazo, 351.—Volumen, 351.—Capacidad, 352.—Forma. Situación y dirección, 353.—Movimiento ascendente, 356.—Relaciones del útero al término del embarazo, 357.—Grueso consistencia, 358.—Cuello uterino, 359.—Textura del útero, 365.—Su historia, 366.—Fibras extrínsecas, 374.—Fibras intrínsecas, 376.—Resumen general del músculo uterino y deducciones fisiológicas que resultan, 384.—Examen histológico del músculo uterino, 386.—Modificaciones de la membrana interna durante la gestación, 387.—Modificaciones de la membrana externa, 387.—Modificaciones de los vasos uterinos, 388.—Nervios del útero durante la preñez, 388.—Propiedades del tejido uterino durante la gestación. Sensibilidad, 389.—Contractilidad, 391.—Tonicidad, 397.—Nervios motores del útero. Acción refleja, 400.

## V

*Vacunación*, I, 790.

*Vagina.*—Anatomía, I, 75.—Modificaciones que le comunica el embarazo, 402.—Dilatación, 541.—Resistencia, II, 138.—Estrechez y obliteración, 138.—Desviación.—Inversión, 139.—Tumores, 150.—Roturas, 153.

*Várices*, I, 422 y 435.—II, 461.

*Vegetaciones* de las partes genitales en las mujeres embarazadas, II, 463.

*Vellosidades coriales*, I, 204.—Su formación y estructura, 205.—Vellosidades placentarias, 253.

*Version*, II, 289.—Por maniobras externas, 286.—Por maniobras internas, 290.

Version cefálica, 290.—Version pelviana, 291.—Version espontánea, I, 620.

*Vesícula alantoides*, I, 227.

*Vesícula de Graaf*, I, 96.

*Vesícula germinativa*, I, 165.

*Vesícula umbilical*, I, 223.—Estructura, 224.—Anatomía comparada, 226.

*Vitellus*, I, 164.

*Vómitos*, I, 433.—II, 421.

*Vulva.*—Anatomía, I, 71.—Dilatación, 545.—Resistencia, II, 139.—Edema, 150.—Rotura, 165.













M. JOULIN

TRATADO  
DE  
PARTOS

2

2300